

Febrero de 2016. Año 2 - Número 1

***Cuaderno
Electrónico
de
Enfermería***

*Universidad de la República
CENUR Litoral Norte
Regional Norte Salto
Facultad de Enfermería*

Con el apoyo de:

Asociación de Formación Online del Uruguay

Decana:

Prof. Mercedes Pérez

**Equipo docente de Facultad de
Enfermería de CENUR Región
Litoral Norte Sede Salto**

Responsable de edición:

Asist. Lic. Esp. Andrea Princisgh

Índice

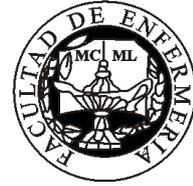
Percepción de las usuarias respecto al uso del biombo en los cuidados de intimidad y privacidad. Prof. Adga (S) Didier Roasico Mirasson; Asist. Lic. Esp. Andrea Princisgh.....	4
Mentes Activas en Adultos Mayores. Prof. Adj. Elian Suhr; Prof. Adj. Raquel Díaz; Prof. Adj. (S) Ruth Díaz; Ayud. Rafaella Rossi.....	15
Re-perfilamiento de los Equipos de Salud Rural en Base a la Estrategia de Atención Primaria de Salud. Prof Agda Graciela Núñez Martínez; Prof Agda Diana Domenech; Prof Pilar González.....	26
Jornada de Sensibilización sobre la Salud Cardiovascular a la población de la ciudad de Salto. “Opción Saludable para el Corazón para Todos y en Todas Partes. Asist. Paola Ifrán; Asist. Graciela Pérez; Prof. Adj. Alicia Pillati; Prof. Adj. Zoa Barros; Prof. Adj. Fátima Moreira; Asist. Romina Lagreca.....	37
La Evaluación como parte de los Procesos de Enseñanza y de Aprendizaje. Prof. Adj. Critina Taberne; Asist. María José Fontes; Asist. Adriana González; Asist. Stella Lacoste.....	48
Prácticas de enseñanza en el aula clínica: Percepción de la buena enseñanza según estudiantes de Facultad de Enfermería. Asist. Analía Ignatov.....	55
Abandono estudiantil al inicio de carreras de grado en un Centro Regional de la Universidad de la República. Prof. (S). Mg. Teresita Ghizzoni.....	69



Percepción de las usuarias en cuanto al uso del biombo en el cuidado del mantenimiento de la intimidad y privacidad.



Prof. Agdo (S) Didier Roascio - Asist. Lic. Esp. Andrea Princisgh



UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA- Cátedra de Administración
CENUR Región Litoral Norte Sede Salto

¿Cuál es la percepción que tienen las usuarias acerca del uso del biombo en el cuidado del mantenimiento de la intimidad y privacidad?.

Autores: Prof. Agdo (S). Didier Roascio Mirasson¹; Asistente Lic. Esp. Andrea Princisgh²

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2004 en el Uruguay se está llevando adelante la reforma del estado. Esta incluye la aplicación de una serie de políticas con un fuerte componente social por parte del gobierno. En ese marco se creó el plan de equidad social; este plan tiene una serie de componentes dirigidos a la protección social, dentro de los cuales se encuentra la reforma del sector salud.

Esta reforma está orientada a mejorar el acceso a la salud a toda la población, dar justicia social, reorientar el modelo de atención a la salud haciendo énfasis en la promoción y la prevención, con una gestión democrática.

Uruguay ha definido, universalizar la cobertura de salud a todos los habitantes del territorio nacional, para que se pueda hacer efectivo el derecho a la salud que tienen los ciudadanos.

¹ ENFERMERA- Especialista en Administración de Servicios de Salud. Prof. Agdo (S). de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. didierr07@yahoo.com.uy

² ENFERMERA- Especialista en Administración de Servicios de Salud. Asist. de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. aprincisgh@gmail.com

Que exista equidad en la distribución de los servicios que se prestan al usuario de manera que cada persona reciba la atención que necesita, tanto en el ámbito público como privado. Esto requiere que haya como contrapartida una mejor accesibilidad desde el punto de vista geográfico, cultural, económico, en la gestión de los programas de asistencia y en la gestión de los recursos que se deberían asignar para la atención.

Que haya equidad en la distribución de los servicios que se prestan al usuario de manera que cada persona reciba la atención que necesita.

Equidad en el gasto para que la inversión que se realiza sea acorde a los servicios que se prestan y que haya equidad en el financiamiento de manera que las personas aporten económicamente en forma proporcional a lo que tienen, haciendo posible la sustentabilidad del sistema.

Calidad Asistencial con políticas de salud articuladas, una estrategia sanitaria común, programas integrales de salud con acciones de promoción - protección - diagnóstico precoz y tratamiento oportuno - recuperación - rehabilitación - incluidos los cuidados paliativos.

Para poder efectivizar estos principios se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que fue aprobado por la Ley N°. 18.211 de diciembre de 2007 y que se inició el proceso de su puesta en funcionamiento en enero de 2008.

En él se integran efectores de salud públicos y privados con el fin de dar respuestas a las necesidades de salud de la población mediante un Plan Integral de Prestaciones (PIP) que comprende el derecho que tienen los usuarios a recibir una Atención Integral y de Calidad homogénea en todas las etapas del ciclo vital ya sea en el primer, segundo y tercer nivel de atención de salud.

A partir de la implementación del SNIS se aprueba y reglamenta la Ley Nro. 18335 referida a los derechos y deberes de los usuarios, en la cual se valoriza el papel que ejerce el usuario sobre su estado de salud, sus propias decisiones y opiniones respecto a su salud, la comunicación, entre otras.

La ley en su capítulo IV consigna una serie de artículos referidos a los derechos relativos a la dignidad de la persona.

El Artículo 17 establece que todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros:³

- B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.
- F) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

Para que exista Calidad Asistencial se requiere que las organizaciones prestadoras de asistencia estén impregnadas desde el nivel estratégico hasta el nivel operativo de una filosofía de calidad que tenga como centro al usuario de los servicios.

³ Ley 18335. Disponible en: <http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18335-aug-15-2008.pdf>. Diciembre de 2014.

Esto implica el proceso consciente y deliberado de ir desarrollando un servicio eficiente, que se ajuste a lo que el cliente necesita para satisfacer sus necesidades de salud, en forma segura y que los derechos, la dignidad y los valores de las personas sean garantizados por quienes prestan la atención. (Roascio D.).

Algunos autores como Buori y Donabedian acuñan que el término de calidad absoluta es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente hospitalizado. Esto está condicionado por la naturaleza del problema de salud que tenga el paciente y está ligada estrechamente a los avances científicos y tecnológicos que condicionan el proceso de la atención médica.

Para el Dr. Avedis Donabedian la calidad es “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos”. En cambio la Dra. Heather Palmer, de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.” El Dr. Vicente Falconi expresa “atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario”.⁴

Por otra parte se puede hablar de calidad individualizada que es aquella que se ⁵compone de una serie de atributos entre los cuales están los correspondientes a las expectativas y valoraciones del paciente. Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de esta atención es mejorar el estado del paciente e implica la atención de otros profesionales, cuya finalidad es el bienestar de este paciente durante su internación.⁶

La intimidad es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado enormemente por la educación, edad, sexo, etnia y/o religión.

El término intimidad deriva del superlativo “intimus”, representando lo más interior del interior de cada persona.

En ocasiones, somos testigos de cómo el mantenimiento de la intimidad dentro del Hospital es olvidado a favor de otros aspectos más técnicos y necesidades consideradas más básicas por el sistema sanitario y que giran todas ellas entorno a la enfermedad más que alrededor del propio paciente. Según Amorós es preciso reflexionar como los profesionales nos posicionamos ante el paciente, cómo damos la máxima prioridad a la atención física, dejando de lado la dimensión emocional y psicológica de la persona; si esto lo

⁴ López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 May-Jun. [fecha de acceso]; 7(46):[aprox. 10 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf. Acceso: enero de 2015.

⁵ Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Pág. 194.

⁶ Cuesta Gómez. Cuesta Gómez A.- Moreno Ruiz J.A.-Gutiérrez Martí R.- La Calidad de la Asistencia Hospitalaria-Ediciones Doyma- 1986. Pág. 3.

contempláramos, a través de las diversas estrategias implícitas en el cuidado, generaríamos gran satisfacción en nuestros pacientes.

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias.

Existen pocos estudios sobre el respeto a la intimidad física y psíquica de los pacientes hospitalizados. Además, la mayor parte de los trabajos que tratan sobre la intimidad de los pacientes se refieren al derecho de los mismos en lo referente a la confidencialidad de los registros sanitarios, la historia clínica y a la salvaguarda de su identidad en las publicaciones.⁷

La estructura física, los recursos materiales y humanos, de los que disponen las organizaciones sanitarias, generan condiciones que en ocasiones son poco favorables para ejercer un adecuado cuidado de lo íntimo y del mantenimiento de la intimidad, como dice Ferrer en su estudio. Así mismo Iraburu insiste en el mismo sentido: “A la hora de ingresar en nuestros hospitales públicos lo habitual es tener que compartir habitación. Es inevitable que según las características del otro, u otros, y de sus familias, la experiencia, ya dura de por sí, pueda convertirse en un calvario”. Además, actualmente, donde es necesario el uso de la alta tecnología diagnóstica y terapéutica, debemos evitar que las personas se conviertan en “objeto de cuidado” perdiendo así, su identidad de sujeto.⁸

En este sentido la enfermería es la profesión que tiene la responsabilidad de asegurar que su atención contemple cuidados que favorezcan el bienestar físico y sico-emocional de los usuarios. Es la profesión que como según lo plantea Collier⁹...es la que se encuentra en relación con lo más profundo del ser humano....

El mantenimiento de la intimidad y la privacidad de la persona, es un cuidado prioritario que la enfermería debe tener en cuenta como objetivo en la prestación de su asistencia.

Se constituye en un imperativo ético y estético de la disciplina enfermera, debe ser motivo de preocupación del profesional de enfermería en la medida que es un derecho inalienable de todo ser humano, además de constituirse en un valor propio y representativo de la profesión.

“La relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir privacidad y comodidad”, (Donabedian).

El grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario, es la dimensión que las personas dan más valor, dado que, es en ella cuando tiene una mayor participación, en la medida que puede hacer un juicio valorativo de la atención que recibe en relación a sus expectativas y valores personales.

Comprende por un lado el trato, el tiempo de espera, el respeto por su intimidad y privacidad y por otro lado el usuario es capaz de percibir la

⁷ Op cit N° 3.

⁸ Op cit. N° 5. Pag. 10-

⁹ Marie Françoise Colliere. “Promover la vida”. Editorial: Interamericana-Mc Graw-Hill. 1993. España.

calidad técnica, aún sin tener conocimientos en materia de salud, puede evaluar a quienes lo atienden desde su perspectiva, valores y contexto sociocultural al cual pertenece.

Para Juran la calidad es “Hacer lo Correcto” “de la Manera Correcta”.

“Hacer lo correcto” mediante el desempeño de distintas actividades que realizan las personas y el uso de medios materiales que permiten dar respuestas a lo que necesita el cliente. Los valores operativos son los principios explícitos de acción que regulan la conducta cotidiana de las personas durante la realización de las actividades propias de la empresa para llegar a conseguir los valores finales. Hay calidad cuando hay consenso y compromiso de toda la organización en el desarrollo de esos valores y cuando se demuestra que hay coherencia directiva entre lo que se piensa y lo que se hace.

Es necesario que todo servicio de asistencia sanitaria pueda conocer las opiniones que los usuarios tienen respecto a los servicios que se brindan, a cómo éstos evalúan la capacidad de los sistemas para responder a sus necesidades y cómo sienten, perciben la atención, la relación, el cuidado, la información que los profesionales desarrollan durante todo el proceso de atención.

La necesidad de evaluar la prestación de asistencia de enfermería en relación específica al principio de calidad asistencial se constituye en un aporte luego de la implementación del SNIS.

Visto desde la gestión no solo se deben medir los aspectos de eficiencia, entendido como el esfuerzo que realizan los servicios en inversión de recursos humanos y materiales puestos al servicio del cliente, sino también desde la eficacia asistencial en cuanto a los resultados del proceso asistencial de enfermería y la evaluación que hace el propio usuario de la atención que recibe.

Frecuentemente se suele recoger su opinión durante su internación, mediante cuestionarios con preguntas estructuradas que encorsetan las respuestas. Pretendemos con este trabajo visualizar cual es la evaluación que los usuarios de los servicios de enfermería realizan cuando tienen la oportunidad de expresar libremente sus percepciones, representaciones, sentimientos y vivencias.

Nos centraremos en las expresiones vertidas por un grupo de usuarias internadas en un servicio de cirugía de un prestador de asistencia del subsector público, integrante del SNIS.

En ese sentido las usuarias fueron consultadas por una estudiante que realizaba su trabajo de administración de los servicios de enfermería, respecto al uso del biombo como tecnología imprescindible para los cuidados de mantenimiento de intimidad y privacidad de las pacientes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: estudio cualitativo, diseño fenomenológico-análisis de discurso.

Área problema: Proceso Asistencial de Enfermería en un Servicio quirúrgico de segundo nivel de atención de un prestador del sub-sector público del SNIS.

Población: usuarias del servicio quirúrgico.

Muestra: por conveniencia de 19 discursos.

Unidad de Análisis: expresiones escritas de las usuarias.

Criterios de inclusión: usuarias del sexo femenino, mayores de 18 años, que requieran tratamiento médico y/o quirúrgico, que acepten responder la pregunta, que estén ingresadas en la sala N°2 del servicio quirúrgico.

Variables de estudio: calidad, cuidado de la intimidad y la privacidad.

Calidad: Es el juicio valorativo que hace la usuaria de la atención que recibe basado en sus creencias, valores, pensamientos, sentimientos y experiencias de vida.

Cuidado de la Intimidad y la privacidad: es el uso del conjunto de técnicas y procedimientos de enfermería asociados a las tecnologías, para preservar física y emocionalmente al usuario del ambiente que lo rodea.

Recolección de datos: se llevó a cabo a partir de una única pregunta abierta, sobre que pensaban acerca de la utilización del biombo en el cuidado del mantenimiento de su intimidad y privacidad. Se recogieron 19 comentarios registrados textualmente.

Procesamiento y análisis de datos: se procedió a identificar las palabras, frases que pudiesen tener un significado destacable en relación al objetivo. Como segundo paso se reagrupó bajo una misma etiqueta, aquellos códigos que compartían significado, estableciendo 3 categorías: privacidad e intimidad, aspectos emocionales, normatización y prestación de la asistencia. Una vez categorizadas se realizó el análisis de discurso de los mismos.

Aspectos éticos-legales: se solicitó el consentimiento verbal a las usuarias resguardando su anonimato y la participación se desarrolló en forma totalmente voluntaria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En la primer categoría se encuentran aquellas expresiones que tienen que ver con la privacidad e intimidad, si bien cada una de las categorías establecidas tienen relación con ello, también se refieren a aspectos emocionales, normas y prestación de asistencia.

“me dijeron que no me ponían el biombo porque éramos todas mujeres y entro un hombre a cambiar las lamparillas.....casi me muero!! .. yo estaba toda desnuda”.

“primera vez que puedo hacer mis necesidades en cama y es porque pusiste el biombo”.

“se creen que uno va a poder hacer en la chata delante de todos acá”.

“no me puedo ver yo, menos quiero que me vean los demás”.

“me tapan, me destapan...., todos me ven”.

“te ponen toda desnuda, no se para que...y te miran de todos lados..., los que pasan por la puerta, los acompañantes, que porquería esto”.

“la que tiene la pierna podrida soy yo....y me siento mejor sin que me vean. Con el olor alcanza”.

Es evidente mediante estas expresiones que se considera a todos por igual, no se individualizan los cuidados, no dando cumplimiento al principio de equidad, ya que la atención que se presta al usuario, no se diferencia de acuerdo a las necesidades que cada uno de ellos tiene.

Este tipo de praxis enfermera muestra poco respeto por la persona atendida, desconociéndose totalmente el derecho que el usuario tiene a que no se practiquen actos contrarios a su integridad física y mental, que violan sus derechos. (Art.17 lit F. Ley 18335).

La intimidad del paciente hospitalizado se relativiza a favor de otras necesidades, a las cuales se les da más prioridad por parte del sistema sanitario y que giran alrededor del tratamiento de la enfermedad; al decir de Buori y Donabedian asociados a los avances científicos y tecnológicos que condicionan el proceso de la atención médica, lo que ellos denominan calidad absoluta.

En el entorno físico donde se realizan los cuidados de enfermería, continuamente aparecen situaciones y factores que vulneran la intimidad y privacidad del paciente.

Las expresiones de las usuarias consultadas muestran el impacto que sufren desde el punto de vista emocional por la exposición a la que son sometidas generándoles insatisfacción, en la medida que no se les garantizan sus derechos, su dignidad y no se respetan sus valores, cayendo en la no calidad en el proceso Asistencial de Enfermería.

El respeto por las normas técnicas y el uso de tecnologías apropiadas en la realización de los cuidados, reducen las situaciones en las que se vulnera la intimidad de las pacientes, generando mayor satisfacción en ellas, mejorando la calidad de la atención.

Los comentarios indican que la desnudez se siente y asocia por parte de las usuarias, a sentimientos como desprotección, desamparo, vergüenza y sensación de estar expuesto.

Se resalta mediante el sentir de ellas, la importancia de preservar la intimidad física, aislando visualmente al paciente, antes de iniciar cualquier actividad asistencial.

Creemos que en el ejercicio de nuestra profesión, esta clase de sentimientos no deberían estar presentes jamás. Como profesionales de esta disciplina nos debemos una reflexión largamente postergada acerca del quehacer enfermero, donde habrá que preguntarse dónde han quedado los valores de nuestra profesión en cuanto al respeto por la persona y la dignidad humana.

Una asistencia de calidad está centrada y tiene como principio y dimensión principal la satisfacción del cliente.

En una segunda categoría se incluyen aquellos comentarios que tienen relación más profunda con los aspectos emocionales.

“yo no quiero ver a la paciente de al lado cuando la curan, me dan ganas de vomitar”.

“acá no respetan a nadie, nos volvemos públicos, si hablan de la cama 21, deben hablar de mí como tal cosa”.

“solo cuando estudian nos cuidan y les importa que nos sintamos bien, pero después son igual que todos, se olvidan que somos gente”.

“déjame el biombo un ratito...quiero llorar sin que las otras pacientes me digan que no lo haga”.

La hospitalización va a hacer al individuo vulnerable a varios estímulos, no solo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente que lo rodea y las relaciones que se establecen durante la hospitalización” (Martínez 1977). “El paciente verá alterado su autoestima y se producirán cambios emocionales intensos que requieren de reajustes” (Jiménez 2000).

Estos reajustes generan inseguridad en el paciente, por el contrario como dice el Dr. Vicente Falconi, cuando es atendido perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura y en el tiempo exacto de acuerdo a sus necesidades, es posible minimizar estos sentimientos.

Por lo que los pacientes consideran importante las relaciones que se establecen con el equipo de salud, especialmente con el personal de enfermería, el cual está a cargo de ellos durante las 24 horas del día.¹⁰

La relación interpersonal con el paciente y las características del lugar donde se presta la atención, según Donabedian, deben reflejar respeto por el paciente y permitir privacidad y comodidad.

La intimidad representa un valor para la persona como ser individual, que se relaciona también con la preservación de la identidad. La no preservación de estos aspectos terminaría cosificando a las personas, transformándolas desde sujeto de cuidado a un objeto con el cual se trabaja.

Según Amorós es preciso reflexionar como los profesionales nos posicionamos ante el paciente, dando prioridad a la atención física, dejando de lado la dimensión emocional y psicológica de la persona.

El grado en que los profesionales satisfacen las necesidades sentidas del usuario, es la dimensión a la que las personas dan más valor. Dado que es en ella cuando tiene mayor participación, en la medida que puede hacer un juicio valorativo de la atención que recibe, en relación a sus expectativas y valores personales.

En una tercera categoría están los aspectos que se relacionan con las normas, el cumplimiento de las mismas y la prestación de asistencia.

“porque demoran mil años en bañar a una mujer, mientras traen un mundo de porquerías....no se dan cuenta que con lo mal que está no se da cuenta”.

“ah!!!, pensé que el biombo solo era para los casos graves”

Estas expresiones quizás estén asociadas a vivencias experimentadas con situaciones de muerte, en lugares donde no hay posibilidad de asegurar la privacidad de los pacientes y se utiliza para ello el biombo.

¹⁰ Op cit N° 9. Pág. 31.

Las creencias que tienen las pacientes pueden ser equivocadas, a punto de partida de infraestructuras físicas que generan condiciones poco favorables para ejercer un adecuado cuidado del mantenimiento de la intimidad.

Es necesario explicar y hacer entender en este caso, que el uso del biombo es una tecnología que le permite a enfermería, por un lado resguardar la privacidad de la persona frente a los demás y por otro lado evitar que las demás usuarias deban presenciar situaciones desagradables que las puedan afectar. De cualquier manera vemos que el biombo es un elemento que genera sentimientos intimidatorios y negativos.

“la sala siempre está llena de gente, esto no parece un hospital”.

“para curarme la pierna vas a sacar a los acompañantes y ponerme el biombo?”.

“nunca pensé que poniendo un biombo y sacando a la gente de la sala, un baño en la cama de hospital podría llegar a ser un poquito comfortable...risas”.

Como profesionales debemos cumplir y hacer cumplir las normas administrativas, sobre todo cuando se trata de la privacidad de una persona, y aún más en aquellos entornos donde ejercemos la profesión que no están adaptados a las necesidades de privacidad.

En ocasiones, el comportamiento de los familiares y de los funcionarios es un elemento que se interpone en los cuidados de enfermería, por lo que es necesario siempre exigir el respeto por el paciente; en la realización de trabajos que sean necesarios en la planta física y en sus instalaciones, así como las normas de visitas para los familiares.

En las expresiones que se vinculan a la prestación de asistencia, tales como:

“me tapan, me destapan..., todos me ven”

“me dijeron que no me ponían el biombo porque éramos todas mujeres y entró un hombre a cambiar las lamparillas...casi me muero!!, yo estaba toda desnuda”

“me vas a bañar?...que raro que cierren todas las puertas y me pongan biombo... es una nueva orden?”

“porque tanto lío para traer el biombo...ni que hubiera uno solo”.

“los enfermeros nunca ponen el biombo, parece que se olvidan de que somos gente”.

La enfermería es la profesión que tiene la responsabilidad de asegurar que su atención contemple cuidados que favorezcan el bienestar físico y sico-emocional del paciente.

El mantenimiento de la intimidad y la privacidad de la persona, es un cuidado prioritario que la enfermería debe tener como objetivo en la prestación de asistencia y debe ser motivo del cual se debe ocupar el profesional de enfermería.

Se constituye en un imperativo ético, al decir de Juran “hacer lo correcto” “de la Manera Correcta” y estético siguiendo las normas técnicas a través de la aplicación de los protocolos de atención y manuales de técnicas y procedimientos de enfermería.

Los usuarios de los servicios deberían exigir al profesional de enfermería una atención de calidad fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes, demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones, ya que por ser usuario del SNIS, el paciente tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención.

Ante estas evidencias, manifestadas en los comentarios de las usuarias, podríamos decir que los servicios recibidos pueden ser calificados como de mala calidad.

Los dirigentes de enfermería del nivel operativo, táctico y estratégico deberían estar comprometidos en erradicar la percepción de mala calidad de los servicios de enfermería y hacer frente a la pérdida de confianza de los usuarios, ya que la mala percepción de calidad afecta a la legitimidad de los servicios sanitarios.¹¹

BIBLIOGRAFÍA del Resumen

- 1) Albuquerque C. y Cols-La transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. -O.P.S./O.M.S.-2001.
- 2) Cabrera A; Santana S; Gutiérrez D; Baez T; Marcolini P; Vitancourt M. Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería-Ediciones de Enfermería-1º. Edición. Uruguay-2000.
- 3) García-Gutiérrez C; Cortés-Escarcéga I. Percepción del usuario de un trato digno por enfermería en el hospital del Estado de México. Revista Conamed 2012;17(1):18-23. México.
- 4) Cuesta Gómez A; Moreno Ruiz J.A; Gutiérrez Martí R. La Calidad de la Asistencia Hospitalaria-Ediciones Doyma- 1986.
- 5) López Espuela F; Moreno Monforte ME; Pulido Maestre ML; Rodríguez Ramos M; Bermejo Serradilla B; Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 May-Jun. [fecha de acceso]; 7(46):[aprox. 10 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf. Acceso: enero de 2015.
- 6) Francoise Colliere M. Promover la vida. Editorial: Interamericana-Mc Graw-Hill. España. 1993.
- 7) Romero L C. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú 2008. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/482/1/romeroal.pdf>.

¹¹ Citlali García-Gutiérrez; Irma Cortés-Escarcéga. “Percepción del usuario de un trato digno por enfermería en el hospital del Estado de México”. Revista Conamed 2012;17(1):18-23. México.



Mentes Activas en Adultos Mayores



Prof. Adj. Elian Suhr; Prof. Adj. Raquel Díaz; Prof. Adj. (S) Ruth Díaz; Ayud. Raffaella Rossi

MENTES ACTIVAS EN ADULTOS MAYORES

Autores: Prof. Adj. Elian Suhr¹²
Prof. Adj. Raquel Díaz¹³
Prof. Adj. (s) Ruth Díaz¹⁴
Ayud. Raffaella Rossi¹⁵

RESUMEN

El incremento de la esperanza de vida prevé que la proporción de adultos mayores será del 25% para el 2020.

El envejecimiento del sistema nervioso, puede producir cambios cognitivos en la esfera de memoria, razonamiento y pensamiento.

La estimulación cognitiva se centra en la plasticidad y reserva cerebral, con estrategias que promuevan la ocupación, aprendizaje, y mantenimiento de una mente activa.

La actividad realizada fue dirigida a Adultos Mayores en conjunto con las organizaciones que los nuclea.

Se centró en estimulación cognitiva a través de juegos didácticos y la danza que permitieron también la socialización y recreación. Concurrieron un total de 200 Adultos Mayores.

Es competencia de Enfermería cuidar en forma integral diseñando actividades de promoción y prevención de salud.

Palabras claves: Envejecimiento, Promoción, Cognición

¹² Prof. Adj. Facultad de Enfermería. Cátedra Adulto y Anciano. Licenciada en Enfermería. Esp. en Administración de los Servicios de Salud. Esp. en Enfermería Médico Quirúrgico. Esp. en Enfermería en Geronto-Geriátrica. Esp. en Medicina en Cuidados Intensivos. Contacto: esuhr05@yahoo.com.ar

¹³ Prof. Adj. Facultad de Enfermería. Cátedra Atención al Adulto y Anciano. Licenciada en Enfermería. Esp. en Administración de los Servicios de Salud. Esp. en Enfermería Médico Quirúrgico. Esp. en Enfermería Geriátrica y Gerontológica y Geronto-Geriátrica. Contacto: miraquel890@yahoo.com

¹⁴ Prof. Adj. (s) Cátedra Enfermería en Salud Mental Salto. Facultad de Enfermería. Licenciada en Enfermería. Contacto: licruthdiaz@gmail.com

¹⁵ Ayudante. Cátedra Adulto y Anciano, Facultad De Enfermería. Licenciada en Enfermería. Contacto: raffa_rc89@hotmail.com

FUNDAMENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD

El incremento de la esperanza de vida preconiza que la proporción de adultos mayores de 65 años, será del 20 a 25% en el año 2020.

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea.

Durante el envejecimiento en el sistema nervioso se producen cambios a nivel morfológico y funcional, como el envejecimiento de las estructuras, la pérdida neuronal, la disminución en la producción de neurotransmisores o la disminución de la velocidad de transmisión del impulso nervioso, que son variables importantes que dejan ver sus consecuencias en el funcionamiento general de la mente, por lo que es un motivo de consulta o preocupación frecuente en los adultos mayores.

También es sabido que las neuronas no son células que se repliquen y por tanto cuando se pierden no son reemplazadas y sustituidas por otras. Sin embargo, nuestro cerebro no es una estructura rígida, todo lo contrario, el término "Plasticidad del sistema nervioso" hace alusión a ese potencial de modificabilidad y adaptación que presenta nuestro sistema nervioso central. Ciertas neuronas tienen la capacidad de realizar funciones diferentes para las que inicialmente estaban concebidas. Lo importante no es el número de neuronas que tengamos o perdamos, lo importante son las conexiones que establecen una con otras, conexiones que se crean y se fortalecen con el uso y la estimulación cognitiva adecuada.

Numerosos estudios muestran que después de los 70 años casi el 16% de las personas presentan deterioro cognitivo leve; y el 14% demencia.

Aproximadamente dos tercios de las personas con demencia se corresponden con la enfermedad de Alzheimer, sola o combinada con otras enfermedades. (John E. Morley, John C. Morris MD, Marla Berg-Weger. PhD JAMDA 2015, 731^a739)

Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos. (Jara Madrigal 2007)

Sobre algunos de ellos se puede intervenir favoreciendo la estimulación y el mantenimiento cognitivo.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales. (Calero 2003, 305-307)

Los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal, ya que existe una capacidad de reserva en el organismo que puede ser activada para compensar y prevenir el declive, por lo que la cognición es entrenable y potenciabile. (Puig 2000:147)

El cerebro produce respuestas más complejas en cuanto los estímulos ambientales son más exigentes. La neuroplasticidad permite una mayor capacidad de adaptación o readaptación a los cambios externos e internos, aumentar sus conexiones con otras neuronas, hacerlas estables como consecuencia de la experiencia, el aprendizaje y la estimulación sensorial y cognitiva.

La definición de lo que es la estimulación cognitiva, indica que ésta no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral.

La estimulación cognitiva busca mantener las habilidades intelectuales y conservarlas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar la autonomía y mejorar las relaciones interpersonales en los adultos mayores. (Puig 2000:147)

Las medidas para promover la ocupación, el aprendizaje y el mantenimiento de una mente activa, inciden en la mejora de la autoestima, la autorrealización y la autopercepción de salud.

Muchas investigaciones se han realizado al respecto, evaluándose una mejora sustancial en la calidad de vida, reduciendo con ello el riesgo del deterioro cognitivo.

La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas son entre otros procesos mentales, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante técnicas de estimulación cognitiva. (González Morote S.)

Un modo de potenciación de estas habilidades mediante una opción que además ofrece otras ventajas, es la participación en juegos de mesa.

Los juegos de mesa son útiles herramientas de aprendizaje y actividad cognitiva a cualquier edad, puesto que estimulan la mente, forzando a pensar o activar ciertas habilidades cognitivas.

Los juegos de mesa además, facilitan y potencian la participación social.

Cada juego tiene unas características particulares, tanto respecto a las habilidades cognitivas que requiere como en cuanto a los niveles de dificultad, haciendo que cada uno sea más o menos apropiado para cada persona.

Según refleja un estudio llevado a cabo por el Instituto Tecnológico del Juguete e Instituto de Biomecánica de Valencia (AIJU e IBV 2002 y 2003), Asociación de Investigación de la Industria del Juguete, la práctica de los juegos de mesa aporta numerosos beneficios como, optimiza los niveles de bienestar subjetivo, disminuye los sentimientos de soledad, mejora el estado de ánimo y la motivación interna, amplía los niveles de satisfacción vital, mejora las habilidades comunicativas, potencia la percepción sensorial, ejercita las habilidades cognitivas e incrementa la autoestima.

La Tango terapia aplicada como herramienta terapéutica-educativa, tanto en el campo de la prevención primaria como en el tratamiento de diversas problemáticas y/o patologías, promueve la salud psico-física-social en las diferentes etapas de la vida, con un desarrollo armónico, una mayor integración social y una mejor calidad de vida.

El tango es terapéutico en sí mismo. Esta danza une, conecta y obliga a tomar registro del propio cuerpo mejorando el vínculo con el otro, acrecienta el autoconocimiento, se potencia la autoestima, se facilitan los desbloques físicos y emocionales y se integra mente-cuerpo. Además, propicia el ejercicio de la empatía y sitúa en el aquí y ahora. (Cuyas M. Eugenia)

Según recientes estudios realizados por médicos, psicólogos, deportólogos y artistas, bailar tango mejora la salud, desde el punto de vista físico se puede considerar como un saludable deporte que armoniza el cuerpo, pero también

ayuda en la vida de relación, el bienestar psíquico y la seguridad en uno mismo.

El tango se trata de una actividad física que se relaciona con emociones positivas, produce acercamiento social, disminución de los procesos de ansiedad y angustia y también estimulación cerebral a través de la música.

Dentro de los cambios físicos en el adulto mayor en el sistema musculoesquelético, se produce un cambio de postura, a una postura flexionada. Existe mayor inseguridad en la marcha por disminución de la visión y la audición. La marcha se modifica a pasos cortos y hay una disminución de la velocidad y de la elevación de los pies.

El tango mejora la postura corporal en general. Incrementa la movilidad general y ejercita las articulaciones. Otorga equilibrio y sincronización que se traducen en una mayor seguridad al andar, contribuyendo a evitar caídas en los adultos mayores. Tonifica la musculatura de las piernas y los brazos. Los giros y movilidad de cintura aumentan la movilidad, se ejercitan las piernas, tobillos y pies.

En el sistema cardiovascular mejora también su función al mejorar la circulación sanguínea, y en el sistema respiratorio aumenta la capacidad pulmonar.

Por otra parte, investigaciones neurobiológicas han demostrado que el ritmo produce un aumento de la actividad electro encefálica en el área de la corteza motora. La psiconeuroinmunología ha demostrado cómo se transforman las emociones en sustancias químicas que influyen en el sistema inmunitario y otros mecanismos de curación del cuerpo.

Como antecedentes en nuestro país, en el año 2009 la Facultad de Medicina junto con Joventango lanzó un proyecto piloto de tango terapia para pacientes con la enfermedad de Parkinson.

Es competencia de la Enfermería Geronto-Geriátrica cuidar en forma integral al adulto mayor sano y enfermo, trabajando en conjunto con la comunidad, y diseñando actividades de promoción y prevención de la salud, para enlentecer la aparición de deterioros cognitivos y mejorar su calidad de vida. La presencia de la disciplina de enfermería es fundamental en la promoción de la independencia de los adultos mayores, fomentando el cumplimiento de las actividades de la vida diaria y la adecuada interrelación con el cuidador-familia como factores protectores de los deterioros cognitivos.

OBJETIVO GENERAL

Favorecer el vínculo entre las instituciones que nuclean a los Adultos Mayores y el Equipo Universitario a través de la promoción de actividades de estimulación cognitiva para un envejecimiento activo y saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Promocionar la función cognitiva a través de actividades que estimulen la esfera de la memoria pensamiento y razonamiento.

Estimular los procesos interactivos donde cada actor aporte sus saberes y todos aprendan.

Favorecer la socialización grupal entre los adultos mayores.

Incentivar el trabajo interinstitucional que fortalezca el vínculo entre las organizaciones que nuclean a los Adultos Mayores.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad se enmarcó en una propuesta de extensión y de enseñanza, se la incluye dentro de las actividades curriculares del programa Licenciatura en Enfermería Plan 93, en el segundo ciclo, Modulo 1 Atención de Enfermería en el Adulto y Anciano.

Dicha actividad fue presentada ante la Comisión Sectorial Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) por convocatoria para el apoyo a Actividades en el Medio primer cierre del 2015, la cual fue financiada por dicha comisión.

La propuesta se planificó desde la necesidad percibida y expresada por las personas que nuclean y trabajan con adultos mayores, de abordar estrategias de promoción y prevención dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas.

En esta actividad de intercambio de información/conocimiento los ejes temáticos estaban referidos a estimulación de la atención, de las funciones ejecutivas, del lenguaje y la memoria para mejorar y mantener la capacidad de concentración y atención de la persona en todas sus modalidades.

Los Participantes Universitarios fueron Docentes y Estudiantes de la Facultad de Enfermería correspondientes a las Cátedras de Salud Mental y Adulto y Anciano.

Los Actores Sociales fueron las diversas Instituciones que nuclean a la Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (REDAM) integrada por Comisiones Vecinales, Cooperativas, y Asociaciones Civiles que nuclean adultos mayores.

Las Instituciones que participaron fueron:

Asociación de Jubilados y Pensionistas de Salto (A.JU.PEN.SAL).

Jubilados y Pensionistas Municipales de Salto (A.JU.PE.MU.SA.).

Asociación de Jubilados y Pensionistas Escolares.

Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua COVIFOEB 1- COVISUNCA 1.

Conjunto de Viviendas de CALAFI 3. Banco de Previsión Social (BPS).

Complejo de Viviendas COAMVIS.

Complejo de Viviendas COVIMUS 1.

Universidad Abierta-Educación no formal de Adultos (UNI 3). Salto

Comisión Vecinal Barrio Dos Naciones.

Comisión Vecinal Barrio Baltasar Brum.

Asociación Uruguaya de Alzheimer y similares (A.U.D.A.S).

Complejo de Viviendas Santa Cecilia, Santa Teresa y Harriague.

Oficina Departamental de Policía Comunitaria.

Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES).

Para planificar la actividad se realizaron una serie de reuniones con los referentes de cada una de las Instituciones.

La actividad consistió en una serie total de 10 talleres, con un número aproximado de 35 adultos mayores por cada uno.

Se realizaron en los meses de Agosto y Setiembre del 2015 en distintos barrios de la ciudad de Salto, nucleando a los adultos mayores de las Instituciones que participaron.

Cada actividad consistió en la ejecución de juegos didácticos, que estimulaban: memoria, orientación, atención, razonamiento, cálculo, aprendizaje, lenguaje y percepción.

Cada juego tiene unas características particulares, tanto respecto a las habilidades cognitivas que requiere como en cuanto a los niveles de dificultad, haciendo que cada uno sea más o menos apropiado para cada persona. Esto era importante tener en cuenta en el momento de distribuir a las personas en las diferentes mesas, así como en la elección del juego que se hiciera.

Dentro de los juegos seleccionados se encontraban:

Scrabble: también conocido como juego de palabras, mediante este juego se ejercita motricidad fina, lenguaje y memoria, semántica, razonamiento y reflexión, concentración y memoria de trabajo.

Juegos de Emparejamiento o Memory: este juego permite ejercitar la memoria visual, atención y concentración, y percepción visuoespacial.

Otra modalidad de este juego propuesta fue la del *Cálculo* que consistía en emparejamiento de fichas, según una operación matemática, mediante este juego se estimula también el conocimiento numérico y la capacidad de cálculo mental con lo que se activa la memoria de trabajo.

Topgram: consiste en un cuadrado formado por siete piezas con las que pueden construirse figuras geométricas y siluetas de personas, animales y cosas.

Permite ejercitar habilidades tales como: atención y concentración, capacidad visuoperceptiva, orientación visuoespacial capacidad de abstracción flexibilidad cognitiva, creatividad y destreza manipulativa.

VEO VEO: se trata de localizar un elemento concreto dentro de una gran variedad de elementos similares. Este juego mejora la atención, la memoria inmediata, y la capacidad visual.

Tuti Fruti: consiste en un juego que estimula la fluidez verbal mediante la búsqueda de palabras que comiencen con la misma letra de una serie de categorías previamente definidas.

Jenga o La Torre es un juego de habilidad física y mental, en el cual los participantes deben retirar bloques de una torre por turnos y colocarlos en su parte superior, hasta que ésta se caiga.

Estimula la determinación, la toma de decisiones y la asunción de riesgos. Desarrolla la observación y la atención. Favorece la precisión.

Potencia el desarrollo social cooperativo.

Juego del Tránsito: es un juego diseñado para desafiar las habilidades de pensamiento secuencial, consiste en mover los autos de tal manera que se pueda escapar del embotellamiento.

Luego de terminado el ciclo de los juegos se realizó un espacio de música-terapia teniendo como eje principal, el tango.

La selección de las actividades y los materiales a utilizar se eligieron a partir de los conocimientos teóricos y procedimientos metodológicos más actuales en el ámbito de la prevención de alteraciones cognitivas.

Se utilizó una metodología participativa y la dinámica grupal estuvo a cargo de los estudiantes y docentes pertenecientes a las cátedras participantes.

La duración de los talleres era de aproximadamente 120 minutos. Previo a comenzar la actividad se les aplicaba a los adultos mayores el test de Pfeiffer. El Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer (1975). Consta de 10 preguntas sobre orientación, memoria y cálculo sencillo. Es el más utilizado en nuestro medio por su brevedad y facilidad de ejecución, presenta en su versión original una adecuada validez con el diagnóstico clínico de demencia (sensibilidad=68%, especificidad=96%, valor predictivo positivo=92% y valor predictivo negativo=82%). Su principal problema es que no detecta deterioros leves, ni cambios pequeños en la evolución (Iraizoz Apezteguia, Itziar 1999).

Los juegos didácticos estaban distribuidos en las diferentes mesas en las cuales se los agrupaban a los adultos mayores en un número de 5, con 2 estudiantes que orientaban la actividad.

Luego de los juegos se realizaba el espacio de musicoterapia teniendo como eje principal el tango.

Se comenzaba con los participantes ubicados en una ronda, sentados cada uno en su silla, realizando ejercicios de calentamiento previo a la danza con la explicación de cada movimiento.

Luego se procedía con la caminata tanguera en sentido anti horario, al compás de la música, marcando los tiempos.

Posteriormente se agrupaban por parejas realizando el ejercicio de guiar y recibir indicaciones por parte de la pareja, identificando los roles masculinos y femeninos para poder bailar el dos por cuatro.

Para finalizar se volvían a agrupar los participantes en la ronda de comienzo y se realizaban ejercicios de estiramiento y relajación.

Para finalizar la actividad se compartía una merienda con todos los participantes.

Cada taller se evaluó mediante un instrumento donde los participantes manifestaron su grado de conformidad con la actividad realizada, y con la metodología empleada, dejando un espacio para el planteo de otros temas que serían de su interés tratar en próximos encuentros.

En el cierre de cada actividad se les realizó entrega de un librito con actividades de estimulación cognitiva para realizar en sus domicilios.

El librito contenía ejercicios para entrenar la atención como:

Buscar Diferencias: donde se presentan dos dibujos o fotografías que a primera vista, parecen iguales, pero existe un número determinado de diferencias entre ellas.

Permite ejercitar la capacidad de observación y atención, habilidad para el análisis sistematizado y ordenado de las situaciones.

Sopa de letras: consiste en un cuadro u otra forma geométrica, lleno de distintas letras y sin sentido aparente, en donde se debe descubrir un número determinado de palabras frecuentemente relacionadas todas ellas a un mismo tema.

Permite ejercitar el lenguaje, la atención y concentración, visuo- percepción, memoria semántica y paciencia.

EVALUACIÓN

Se cumplieron con los objetivos planteados en la propuesta, y los referentes de cada una de las instituciones que participaron, en una reunión realizada a posteriori de los talleres, expresaron que los talleres favorecieron el vínculo interinstitucional. Consideraron que hubo una importante participación de adultos mayores en cada uno de los talleres, y sintieron que sus aportes fueron escuchados en cada una de las etapas de la organización.

Del total de los 10 talleres participaron un total de 213 personas, de las cuales 200 eran adultos mayores.

Predominaron los adultos mayores entre 60 y 79 años.

En relación a la aplicación del Test de Pfeiffer, el 95% no presentaba alteración cognitiva.

En cuanto a la evaluación de la actividad, el 75% manifestó estar muy satisfecho con la actividad, y el 68% manifestó estar muy satisfecho con los materiales empleados.

El 58% manifestó estar muy satisfecho con el espacio de musicoterapia. Un 97,7% expresó querer continuar con este tipo de actividades. Un 48% consideraba que quería continuar con la misma actividad y un 23% sugirió otra actividad.

Se destacó de esta serie de talleres realizados la fortaleza del trabajo interinstitucional, y el compromiso de la REDAM como agentes multiplicadores de estas acciones.

Favorecer un envejecimiento activo y saludable, mediante actividades de promoción y prevención en salud, forman parte de las competencias propias de la disciplina Enfermería, y por lo tanto del cuidado enfermero.

REFLEXIONES FINALES

Desde la Universidad de la República, se busca estimular y sostener las actividades de extensión con acento en la generación de experiencias interdisciplinarias, e interinstitucionales, enfocadas a generar acciones comprometidas con los problemas de interés social.

Desde la Facultad de Enfermería, se aspira continuar promoviendo un estrecho vínculo con el medio, descentralizando la acumulación de saberes desde las aulas e intercambiando experiencias y conocimiento.

El trabajo en RED es un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo.

Es un sistema abierto, de intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potenciación de los recursos que se poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. (Elina Dabas 1993)

El trabajo interinstitucional, y el compromiso de los actores sociales son una fortaleza para la implementación de actividades de promoción y prevención en salud propias de la disciplina de enfermería.

Constituye una oportunidad para construir diferentes modalidades de relacionamiento con el medio, establecer múltiples diálogos y generar-recibir variados estímulos e impactos.

Es generador de experiencias interdisciplinarias y permite integrar las funciones de enseñanza e investigación, enfocadas a generar acciones comprometidas con los problemas de interés social.

Este trabajo en conjunto no solo optimiza recursos y esfuerzos, sino armoniza y da coherencia a las políticas de la UDELAR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Calero, M. D. La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. Revista Geriatrika, 2003; 38(6): 305-307. Consultado el 22 de Mayo de 2015 de:

www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf

Lic. Cuyás M. E. Tangoterapia una apuesta para la Salud. Artículo de diario Clarín. Consultado el 20 de Mayo de 2015 de: www.clarin.com/salud/tango-terapeutico_0_1334272563.html

González Morote Sonia. La Estimulación Cognitiva. Centro de día leal. Consultado el 20 de Mayo de 2015 de: [:centrodedialeal.com/index.php?name=News&file=article&sid=10](http://centrodedialeal.com/index.php?name=News&file=article&sid=10)

Instituto Tecnológico del Juguete e Instituto de Biomecánica de Valencia (AIJU e IBV 2002 y 2003). Proyecto subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: *Análisis de hábitos y uso de productos lúdicos por parte de las personas mayores y estudio de las características funcionales que condicionan su uso: juego como promoción del envejecimiento saludable (Ludiman)*. Consultado el 18 de Mayo de 2015 de: [sigresident.ibv.org/component/joomdoc/d30ML\[2\].pdf/download.html](http://sigresident.ibv.org/component/joomdoc/d30ML[2].pdf/download.html)

Lic. Jara Madrigal M. (2007). Estimulación cognitiva en Persona Adultas Mayores. Consultado el 20 de Mayo de 2015 de: www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf

Iraizoz Apezteguia, Itziar. Valoración Geriátrica Integral. Evaluación Nutricional y Mental en el Anciano. Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra. Pamplona. 1999, Volumen 22. Suplemento 1. Consultado el 22 de mayo de 2015 de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/7308/9435>

John E. Morley MB, BCh a* John C. Morris MD, Marla Berg-Weger. PhD JAMDA 16 (2015). Consenso para mejorar la salud cerebral. Consultado el 20 de Mayo de 2015 de: www.intramed.net/87864

Programa de personas mayores de la Obra Social “La Caixa” Vive el Envejecimiento Activo. Ejercicios y Actividades para la estimulación cognitiva.2010 Consultado el 10 de Mayo de 2015 de:
https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/.../ejercicios_es.pdf

Programa Memoria Activa. Fundación MR. Provincia de Santa Fe, República Argentina. Consultado el 22 de mayo de 2015 de
<http://www.fundacionmr.org.ar/programas/memoria-activa/>

Puig Alemán, A. Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). (On Line). Consultado el 21 de Mayo de 2015 de:
http://www.nexusediciones.com/pdf /gero2000_3/g-10-3-002.pdf., 2000



Re-perfilamiento de los Equipos de Salud Rural en Base a la Estrategia de Atención Primaria de Salud



Prof Agda Graciela Núñez Martínez; Prof Agda Diana Domenech;
Prof Pilar González

REPERFILAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE SALUD RURAL EN BASE A LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Curso itinerante

Autores: Prof. Agda. Graciela Núñez Martínez (*); Prof. Agda. Diana Domenech; Prof Pilar González

RESUMEN

La rectoría sanitaria del Uruguay, a través Área Salud Rural-Plan Nacional, prioriza la capacitación como estrategia para el sostén de la reforma sanitaria y parte de la política nacional de equipos de salud rural, donde la UdelaR juega rol fundamental.

El objetivo fue: Fortalecer perfil de los técnicos que trabajan en medio rural, en los principios que sustentan el modelo atención del Sistema Nacional Integrado Salud. Actualizar, y profundizar sus praxis, en base a necesidades de formación demandadas, utilizando una metodología participativa

La organización fue modular (cuatro teóricas) con instancias de formación semipresenciales, presenciales y pasantías, lideradas por referentes nacionales y locales de Salud rural.

El curso se replicó en 11 localidades con un total de 968 horas distribuidas en: 20 hs cada módulo (para actividades presenciales y semipresenciales), 8 hs pasantía (88 hs por localidad)

Para el desarrollo teórico se identificaron dos zonas geográficas en cada departamento, para facilitar la accesibilidad geográfica

Se implementó en 11 localidades al Norte del Río Negro. Participaron 342 técnicos, de los cuales 24,6% poseían estudios universitarios, 63,4% secundaria completa e incompleta , 12% primaria incompleta, 9% primaria completa,

El 88% asistieron a la totalidad del Curso, aprobando todos los Módulos un 52%.

(*) Responsable de la presente síntesis

Se constituyeron redes de trabajo rural.

Causas del abandono del curso: 45% dificultades para conseguir suplentes, 31% motivos de índole personal

El 100% de las actividades planificadas se realizaron en las 11 localidades

Las competencias del equipo de salud rural necesitan ser revisadas, actualizadas, discutidas, transformadas, acorde cambian los tiempos y estrategias nacionales de Salud.

Curso de re perfilamiento, fue una herramienta educativa y transformadora, dirigida a poblaciones priorizadas por las políticas nacionales.

INTRODUCCION

En el año 2010 se define como estrategia política prioritaria y nacional, el desarrollo integral del medio rural. En dicho contexto, surge como herramienta de la Salud Pública, el Plan Nacional de Salud Rural, con el fin de fortalecer y jerarquizar acciones desde todos los sectores del país que apunten a mejorar las condiciones de vida de todos los pobladores rurales, contribuyendo a la construcción de un país productivo, generando espacios de vida dignos y saludables que tiendan a desacelerar la migración progresiva de los habitantes de nuestra campaña, desde el sector salud¹.

Constituye un elemento clave para el cumplimiento de dichos objetivos, las competencias que los equipos de Salud rural presentan para el desempeño de sus actividades, las mismas deben ser revisadas, actualizadas, discutidas y transformadas, acorde cambian los tiempos y las estrategias nacionales de Salud.

En el año 2005, se aprueba en el país el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que define como modelo de atención, a la Atención Primaria de Salud (APS)². El mismo, en tanto estrategia que presenta atributos como la integralidad, accesibilidad, longitudinalidad y coordinación de la atención³, necesita para su implementación de RRHH que la conozcan, entiendan y trabajen siguiendo dichos atributos.

La Educación Permanente en Salud (EPS) se configura como una propuesta para la transformación de las prácticas profesionales y de la propia organización del trabajo, a través del aprendizaje, incorporando el enseñar y el aprender en el día a día del proceso de trabajo. Dentro de esta propuesta de la educación permanente, se debe tener como referencia las necesidades de la salud de la población, realizando acciones y servicios importantes que muestran calidad de la atención de salud⁴.

En el citado contexto surge este Curso de reperfilamiento, como herramienta educativa y transformadora, dirigida a poblaciones priorizadas por las políticas nacionales. Se trata de una iniciativa interinstitucional del Área de Salud Rural del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Programa de Educación Permanente de la UDELAR (tanto su Unidad Central como sus Unidades locales), del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, del Dpto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Se trata de una iniciativa, coordinación y organización interinstitucional del Área de Salud Rural del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Programa de Educación Permanente de la UDELAR (tanto su Unidad Central como sus Unidades locales), del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, del Dpto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

DESARROLLO

La *población objetivo* fueron los integrantes de los equipos de Salud que trabajan en el medio rural: personal de enfermería (idóneos, auxiliares o Licenciados), médicos (Generales, de Familia y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, etc.); Agentes comunitarios, Administrativos, Choferes, etc.; así como otros recursos humanos que trabajan en red con los previamente citados (trabajadores sociales, policía comunitaria, etc.).

Instituciones colaboradas: la Federación Médica del Interior, la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, el Ministerio del Interior, las Intendencias Municipales de Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Tacuarembó y Rivera, y los Municipios del Norte del país (departamentos de Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Tacuarembó y Rivera).

El Curso contó con el *auspicio y financiamiento* del Programa Uruguay Estudia, del Banco de la República Oriental del Uruguay, y la Comisión Técnico Mixta de Salto Grande, delegación del Uruguay,

Para su *formulación*, el Área de Salud Rural del MSP y el Programa de Educación Permanente de la UDELAR, convocan a distintos actores universitarios, rectores y prestadores de Salud locales, y a los destinatarios del mismo, de las ciudades de Salto y Paysandú a “Jornadas de relevamiento de las necesidades de formación de los equipos de Salud rural”. En dichas jornadas, se proponen temas de interés para abordar en el Curso, así como metodologías docente - pedagógicas a implementar.

Se diseña el Programa del Curso, en un intercambio entre los representantes de las Instituciones responsables del mismo, incorporando lo discutido y propuesto en las citadas jornadas.

Se define su *implementación* en los Departamentos situados al norte del Río Negro por contar con los indicadores de Salud más desfavorecidos. Se designa el equipo de *coordinación general*, Lic. Pilar González e Ing. Mario Jaso; y *regional*, Lic. Enf. Graciela Nuñez para la coordinación de los Dptos. Salto, Artigas y Rivera; y Dra. Diana Domenech para la coordinación de los Dptos. Paysandú, Río Negro y Tacuarembó. Se seleccionan a los integrantes de los *equipos docentes interdisciplinarios locales*, en base a la experiencia de trabajo en el medio rural local.

Se conforman equipos docentes (Medico y Licenciado Enfermeria) en Artigas; Salto, Paysandú- Río Negro, Tacuarembó- Rivera, y un ayudante en apoyo a la Coordinacion

Con el objetivo de facilitar la accesibilidad de los equipos, el Curso se desarrolló en las siguientes *localidades*:

1. Dpto. de Artigas: Artigas capital y Tomás Gomensoro
2. Dpto. de Salto: Salto capital y Villa Constitución
3. Dpto. de Paysandú: Quebracho y Guichón

4. Dpto. de Río Negro: Guichón (Paysandú)
5. Dpto. de Rivera: Rivera capital, Minas de Corrales y Vichadero
6. Dpto. de Tacuarembó: Tacuarembó capital y San Gregorio de Polanco

La *organización* del mismo se llevó a cabo en base a 5 Módulos:

MÓDULO 1: Sistema Nacional Integrado de Salud: modelo de atención; Promoción de la Salud; Educación para la salud; RRHH para el SNIS

MÓDULO 2: Salud Comunitaria: ruralidad al norte del Río Negro; Diagnóstico de situación de Salud; Diagnóstico participativo de Salud; Planificación local participativa; Redes Integradas de Servicios de Salud

MÓDULO 3: Salud del niño/a y del/a adolescente: control en Salud del niño y adolescente; enfermedades prevalentes; abordaje familiar

MÓDULO 4: Salud del adulto y adulto mayor: control en Salud del adulto y adulto mayor; ECNT - Abordaje familiar; Salud Ocupacional; Aspectos ético - legales vinculados con la atención a la Salud

MÓDULO 5: Pasantías por Servicios: atención a situaciones de urgencias y emergencias; primeros auxilios; atención al PTM, RCP

La metodología utilizada se basó en 3 instancias de formación:

Instancias semipresenciales: consistieron en la entrega de pen drives con contenidos teóricos de cada módulo en formato video, grabado por profesionales referentes en las distintas temáticas, de Facultad de Medicina y Enfermería, y del Ministerio de Salud Pública.

Instancias presenciales: consistieron en la discusión y aplicación a la práctica rural, de lo transmitido en las instancias teóricas. Las mismas se llevaron a cabo en territorio, por los equipos interdisciplinarios locales utilizando distintas técnicas didácticas: exposiciones teóricas interactivas, discusiones en subgrupos, dramatizaciones de situaciones (rol - playing), y plenarios.

Pasantías por Servicios: metodología aplicada exclusivamente en el Módulo 5. Con el objetivo de fortalecer destrezas asistenciales, se coordinaron rotaciones de los participantes por Servicios de atención a la Salud, que variaron según Departamento, disponibilidad local y necesidades sentidas: Emergencia, Recepción de Recién nacidos, Policlínicas del primer nivel de atención, Policlínica de Trauma, etc. Las mismas fueron coordinadas por los equipos docentes locales y realizados bajo la supervisión de tutores designados para tal fin.

La evaluación de los participantes se basó en 2 aspectos: el presentismo y la presentación de trabajos. La aprobación de cada módulo requirió de 2 condiciones: la presencia del participante en el mismo y la entrega de trabajos que profundizaban algún aspecto temático desarrollado, con una evaluación positiva del mismo; ambos aspectos fueron valorados por los equipos docentes locales. En el caso del Módulo 5, la aprobación consistió en la realización certificada por el tutor, de la realización de la pasantía. La valoración positiva de ambos aspectos en los 5 módulos, resultaban en la aprobación de la totalidad del Curso.

Resultados y Discusión Se presentarán en términos de indicadores de estructura, proceso y resultados.

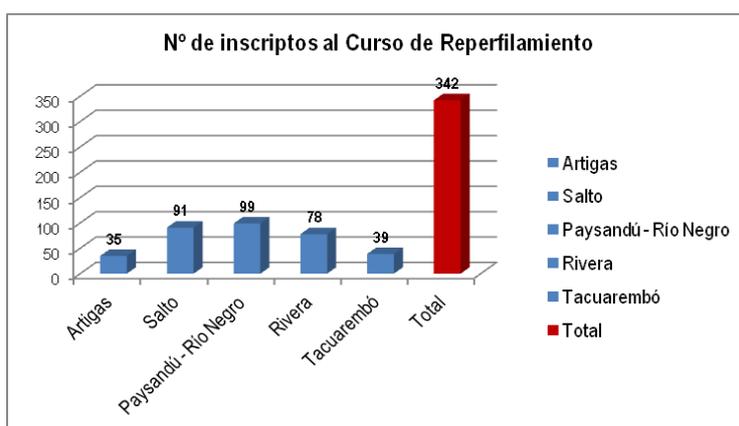
Indicadores de estructura Para la implementación del Curso, se contó con la participación de 69 personas, entre funcionarios y docentes de las distintas Instituciones coordinadoras y colaboradoras.

Tabla N° 1. RRHH participantes en la implementación del Curso. 2014

	N° RRHH participantes
Ministerio de Salud Pública	15 (4 docentes y 11 colaboradores)
Unidad Central Educación Permanente	6 (4 docentes y 2 administrativos)
Docentes coordinadoras	3
Docentes semi-presenciales	7
Docentes locales	9
Unidades regionales Educación permanente	9
Ayudante (GI) del Curso	1
Docentes colaboradores	20
TOTAL	69

Fuente: Curso de re-perfilamiento. 2014

Gráfico N° 1. **Participantes:**



Fuente: Curso de re-perfilamiento. 2014

Los integrantes de los equipos de Salud rurales que participaron del Curso, definidos como el N° de inscriptos al Módulo 1, fueron 342, distribuidos por Departamento tal como lo muestra el Gráfico 1:

El perfil de los inscriptos distribuidos según sexo, muestra un 83% de participantes mujeres, y un 17% de varones. La media de edad de los mismos fue de 40,5 años.

Respecto al lugar de trabajo de los inscriptos, el 63% eran funcionarios de ASSE, un 11% funcionarios policiales, un 10% funcionarios del subsector público y privado, y un 9% trabajadores del subsector privado.

Tabla N° 2: Estudios Previos

Estudios	Porcentaje	
Universitarios	24,6	Paysandú 36% de los participantes
Secundaria	54,4	
Primaria Completa	9	Salto, 55% de los participantes
Primaria Incompleta	12	Salto 44% de los participantes
	100	

Tabla N° 3 Motivación para realizar el curso

“Capacitación “	28,8%
"Mejorar el desempeño laboral/atención del paciente"	16,6%
Actualización	16,2%
"Gusto personal por el área rural /interés por el tema	12,5%
Trabajo en zonas rurales	8,2%
“Obligatorio/mandatado a realizar el Curso”	6,8%

Tabla N° 4 Capacitación previa

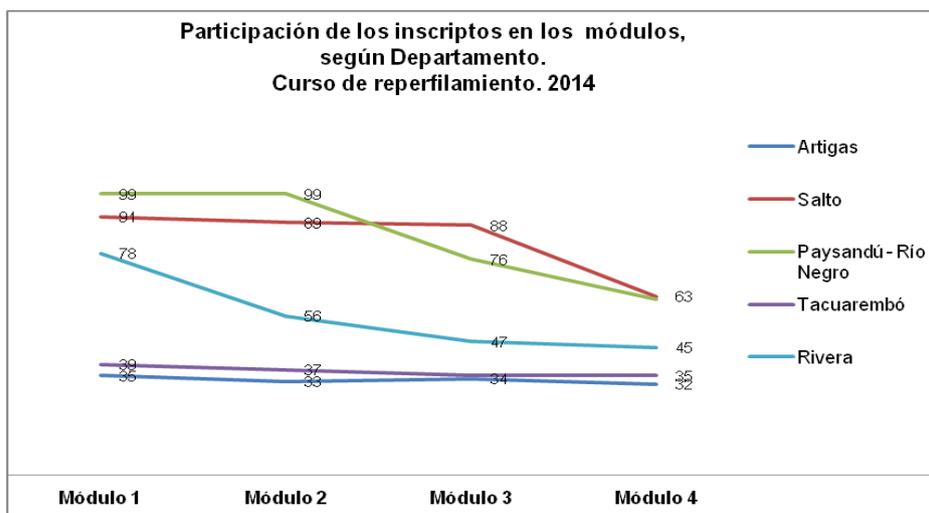
No realizaron capacitación previa al Curso	29,7%
Realizaron más de 4 cursos	27,8%

El 58,8% de los inscriptos declararon creer posible continuar capacitándose, identificando como principales dificultades para realizarlo, la distancia (30%); trabajo y tiempo (14% respectivamente); motivos económicos (13%); familia e hijos (9%), y edad (7%).

Indicadores de proceso: La efectividad del Curso se evaluó en término de N° de actividades presenciales planificadas respecto a las efectivamente realizadas. Este indicador arrojó un resultados de 100%, ya que los 5 módulos fueron realizados en las 11 localidades, no existiendo ninguna instancia que no se desarrollara.

La evolución de la participación de los inscriptos a lo largo de todo el Curso, fue otro de los indicadores analizados. Su resultado se muestra en el siguiente Gráfico.

Gráfico N° 2

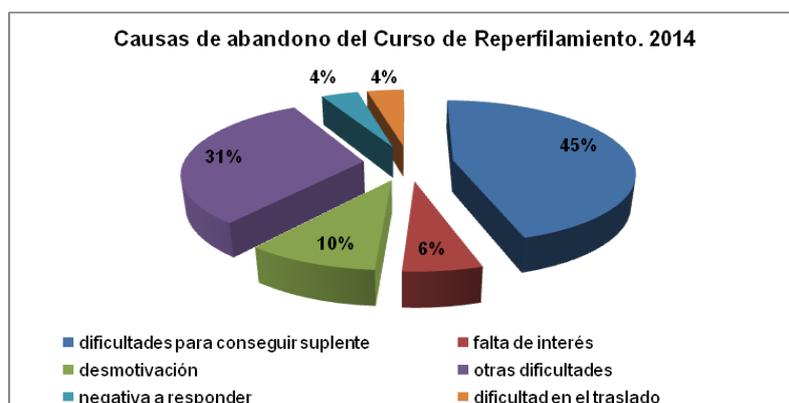


Fuente: Curso de re-perfilamiento. 2014

El promedio de participantes de los Módulos 1 al 4, respecto al N° de inscriptos por Departamento, muestra los siguientes resultados: en Artigas participaron de los 4 módulos, el 96% de los inscriptos; en Tacuarembó, el 94%; en Salto el 91%; en Paysandú y Río Negro, el 85%; y en Rivera, el 72%.

En todos los Departamentos, la participación promedio del Módulo 1 al 4, respecto al N° de inscriptos, fue del 88%.

Gráfica N° 3 Causas de deserción



Fuente: Curso de re-perfilamiento. 2014

El 45% de los encuestados refirió dificultades para conseguir suplentes que pudieran cubrir los Servicios mientras ellos participaban en el Curso, y el 31% refirió motivos de índole personal, agrupados como “otras dificultades”, tales como: licencia maternal, dificultad para coordinar el cuidado de los hijos, etc. Porcentajes menores refirieron falta de interés por los temas del Curso y desmotivación, una vez iniciado el mismo. Solo un 4% declaró dificultades

para el traslado a las actividades, lo que habla de que la distribución por localidades fue acertada.

Módulo 5: se implementó en base a la articulación de las demandas de formación de los participantes y la oferta real de los Servicios para satisfacer las mismas. 205 participantes (60% del total de Inscriptos) realizaron las Pasantías

En Artigas, el 100% de los inscriptos realizaron las pasantías; en Tacuarembó, el 90%; en Salto, el 67%; en Rivera, el 54%, y en Paysandú - Río Negro, el 34%. Las diferencias entre los Departamentos se deben principalmente a la no demanda de formación de los inscriptos, o sea a la percepción de que no necesitaban mejorar sus destrezas.

Indicadores de resultados: La aprobación de los Módulos 1 al 4 por Departamento, muestra variaciones. En los Departamentos de Artigas, Tacuarembó y Salto, entre el 90 - 100% de los equipos que participaron en los 4 Módulos, aprobaron los mismos. No obstante, estos % descienden en Paysandú - Río Negro y Rivera, donde se registran porcentajes de aprobación más bajos (ejemplo: 34% en el Módulo 4 de Paysandú - Río Negro). La causa de la no aprobación se debe principalmente a la no entrega del trabajo final exigido en los Módulos, más que la entrega de trabajos insuficientes.

No obstante, si consideramos la totalidad de los cursantes que aprobaron cada Módulo, respecto a la totalidad de participantes en cada uno, vemos que los % rondan entre un 76% (Módulo 4) a un 86% de aprobados (Módulo 1). Esta variación se puede deber a un mayor nivel de dificultad del trabajo exigido para el Módulo IV.

Respecto al Módulo V, el 100% de los participantes que lo realizaron, lo aprobaron.

Si sumamos la totalidad de los participantes que realizaron los 5 Módulos y efectivamente aprobaron los 5, el 52% de los inscriptos aprobaron la totalidad del Curso.

CONCLUSIONES

EL Curso de Re-perfilamiento de los equipos de Salud rural, basado en la estrategia de APS, presentó fortalezas y debilidades.

Como principal fortaleza se destaca su coherencia con, y aporte a, una estrategia nacional prioritaria, que es el desarrollo integral del medio rural; específicamente desde el sector Salud y Educación.

En lo referido a la gestión y organización del mismo, requirió de una importante articulación intersectorial e interdisciplinaria de las Instituciones participantes en distintos niveles: central, regional y local rural. Esto se reflejó, entre otras cosas, en la participación de numerosos RRHH en la organización e implementación del mismo. Referentes nacionales de la Salud, como la propia Ministra de Salud Pública, Dra. Susana Muniz, así como referentes nacionales de la Educación, como profesores de Cátedras universitarias, participaron en distintas instancias formativas, presenciales y

semipresenciales. Adicionalmente, la jerarquización de las capacidades locales rurales, quienes oficiaron de docentes, fue otro aspecto a destacar en el entendido de que, nadie mejor que los propios protagonistas para entender, aplicar y guiar los contenidos del Curso. Esto facilitó el armado de las redes locales que favorecieron la implementación en territorio.

En los que respecta al contenido y metodología del Curso, las principales fortalezas tienen que ver con la replicación del mismo en 11 localidades para facilitar la participación de los equipos. Esto se vio reflejado en el alto % de inscriptos que participaron de los distintos Módulos. Otra fortaleza a destacar es la metodología de evaluación, que previó la realización de trabajos de aplicación de lo aprendido, en territorio. Se intentó problematizar y aplicar lo referido en las distintas instancias, a la praxis cotidiana de los equipos.

Este Curso favoreció la creación de un espacio propio de los equipos de Salud rurales, donde por 5 meses se reunieron a compartir vivencias, alegrías y dificultades de sus trabajos.

Como debilidades del Curso, se puntualizan los siguientes aspectos:

- la presencia de 2 coordinadoras regionales y el soporte administrativo resultó insuficiente para la cantidad y diversidad de articulaciones departamentales.

- No definición con precisión de las exigencias de evaluación de cada Módulo, según el perfil de los participantes, aspecto que enfrentó a la Coordinación del Curso a definir criterios que deberían haber estado previstos.

Finalmente será necesario rever el trabajo exigido para la aprobación del Módulo IV, debido a su menor % de aprobación.

Para concluir, evaluaremos oportunidades y amenazas visualizadas a propósito de la posibilidad de darle continuidad a esta experiencia.

Las mayores oportunidades tienen que ver con poder seguir con estos espacios generados, propios y específicos para los equipos de Salud rurales; espacios a potenciar como creadores de soluciones y alternativas a las dificultades locales. Y poder replicar este Curso a otros Departamentos del país.

La mayor amenaza tiene que ver con la posibilidad de que el área rural no siga siendo una prioridad nacional, hipotecando los esfuerzos realizados y logros alcanzados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Programación Estratégica de Salud / MSP. Área de Promoción de la salud y Prevención. Programa Nacional de Salud Rural. (2011). *Plan Nacional de salud rural. "Un medio rural habitable para un país de primera"*. Montevideo. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
2. Poder Legislativo. (2007). *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*. Marzo 2015, de Poder Legislativo. Sitio web: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211 &Anchor=>
3. Lavras, Carmen. (2011). *Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e*

Sociedade, 20(4), 867-874. Retrieved March 15, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-12902011000400005

4. Vélez Benitol GA & Schwabe Franz M. (2010). Educación permanente en la salud. Reflexiones en la perspectiva de la Integralidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (4), 267 - 279.



Jornada de Sensibilización sobre la Salud
Cardiovascular a la población de la ciudad
de Salto. “Opción Saludable para el
Corazón para Todos y en Todas Partes



Asist. Paola Ifrán; Asist. Graciela Pérez; Prof. Adj. Alicia Pillati; Prof.
Adj. Zoa Barros; Prof. Adj. Fátima Moreira; Asist. Romina Lagreca

Autores:

Paola Ifrán¹⁶

Graciela Pérez¹⁷

Alicia Pillati¹⁸

Zoa Barros¹⁹

Fátima Moreira²⁰

Romina Lagreca²¹

RESUMEN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son la principal causa de morbi mortalidad en Uruguay; son responsables de más del 60% de las defunciones en la población adulta, convirtiéndose en la primera causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud estima que la obesidad en el país alcanza al 9,4% de los menores de cinco años.

Trabajar en la etapa de niñez y adolescencia es primordial ya que es donde se conforman los hábitos; y el impacto de la promoción de un estilo de vida saludable es más eficaz cuanto más tempranamente se inicien.

Esta actividad de extensión busca que la población se informe, participe, reflexione y adopte hábitos saludables de vida.

La identificación de factores de riesgo cardiovascular es esencial.

SUMMARY

Chronic Noncommunicable Disease is the leading cause of morbidity and mortality in Uruguay; They are responsible for over 60 % of deaths in the adult population, becoming the leading cause of death. The World Health Organization estimated that obesity in the country reached 9.4% of children under five years.

Working at the stage of childhood and adolescence is critical as this is where habits are formed; and the impact of promoting a healthy lifestyle is more effective the more early start.

This activity seeks to spread the population is informed, participate, reflect and adopt healthy lifestyles.

The identification of cardiovascular risk factors is essential.

¹⁶ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Asistente Cátedra Adulto y Anciano. Correo electrónico: paoinf08@hotmail.com

¹⁷ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Asistente Cátedra Adulto y Anciano. Correo electrónico:gracielaorama@gmail.com

¹⁸ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Adjunta Cátedra Adulto y Anciano. Correo electrónico: aliciapilatti@adinet.com.uy

¹⁹ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Adjunta Cátedra Enfermería Comunitaria. Correo electrónico: zbarros@hotmail.com

²⁰ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Adjunta Cátedra Enfermería Comunitaria. Correo electrónico: fmoreiraqfenf.edu.uy

²¹ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Asistente Cátedra Enfermería Comunitaria. Correo electrónico: romilauru@hotmail.com

FUNDAMENTACION

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la Cardiopatía Coronaria, y 6,7 millones a los Accidentes Cerebro vasculares (AVC).

En América Latina y el Caribe son especialmente los hombres quienes están expuestos a muertes prematuras como consecuencia de ENT, aunque también cada vez más ocurre lo mismo con las mujeres. Normalmente, las personas menores de 60 años viven sus años más saludables y productivos. Sin embargo, las que sufren de ENT se enfrentan a años de discapacidad que afectan a sus familias y a la economía del país.

Las Américas presentan la prevalencia más alta en el mundo en cuanto a sobrepeso y obesidad, que son factores de riesgo de ENT, en especial de la diabetes. Esta epidemia de sobrepeso y obesidad se debe en gran parte a un aumento de la tendencia a dietas no saludables basadas en alimentos altamente elaborados, ricos en grasas y azúcares, y escasas frutas y legumbres. Un estilo de vida más sedentario, producto de la creciente urbanización de la región, ha contribuido también a esta epidemia.

Según la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbilidad en Uruguay, son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales.

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles (ENT) son las enfermedades cardiovasculares (como infartos cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas inadecuadas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

En Uruguay son responsables de más del 60% de las defunciones en la población adulta.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por la presencia de factores de riesgo (FR), mucho antes de que se presente la enfermedad. Se estima un 33% de hipertensos, un 8% de diabéticos, un 36% de personas con sobrepeso y un 24% de obesos.

Actualmente en nuestro país la mortalidad por enfermedades cardiovasculares representa el 30% del total de defunciones, lo cual las señala como primera causa de muerte. Por el momento estas patologías presentan mayor mortalidad que los tumores, enfermedades respiratorias y accidentes.

Debido a esto es de suma importancia hacer énfasis en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables desde edades tempranas.

Los estilos de vida afectan también a los niños, predisponiéndolos entre otros a la obesidad, la que se asocia y favorece a otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, dislipemias y alteraciones del metabolismo de la glucosa cuya presencia conjunta constituye el llamado síndrome Metabólico o de Resistencia Insulínica.

La cantidad de niños obesos e hipertensos en Uruguay es entre dos y tres veces mayor que hace 7 años.

La Organización Mundial de la Salud estima que la obesidad en el país alcanza al 9,4% de los menores de cinco años.

La obesidad en la niñez y adolescencia constituye un fenómeno creciente. En donde un alto porcentaje de los niños obesos continúa siéndolo en la edad adulta, con mayor riesgo cardiovascular y

Morbi mortalidad, y se ha asociado también a la presencia de arteriosclerosis temprana.

Trabajar en la etapa de niñez y adolescencia es primordial porque es en esta etapa donde se conforman los hábitos y el impacto de la promoción de un estilo de vida saludable es más eficaz cuanto más tempranamente se inicien.

Dada la magnitud, la naturaleza y multiplicidad de factores que inciden en la determinación de la morbimortalidad cardiovascular se priorizan como estrategias: promoción de la salud cardiovascular, alentando estilos de vida saludable como seguir una dieta balanceada, la realización de ejercicio físico, dormir 8 hs diarias, con énfasis en niños y adolescentes. Y prevención específica tendiente a disminuir o controlar los factores de riesgo primordiales (tabaquismo, alcoholismo, hipertensión, obesidad, sedentarismo, hipercolesterolemia y estrés).

La promoción de la salud es un proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla; comprende un conjunto de actividades y tareas, que realizada sobre las personas o la comunidad permite que se obtenga un mayor grado de salud en los mismos.

La prevención se basa en medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

Dentro de los pilares para la prevención de estas enfermedades se encuentra el ejercicio como elemento para mantener la salud cardiovascular.

Según la OMS es la actividad física que implica cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de

energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.

La expresión «actividad física» no se debería confundir con «ejercicio», que es una subcategoría de actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico. La actividad física –tanto moderada como intensa– es beneficiosa para la salud.

La intensidad de las diferentes formas de actividad física varía según las personas. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debería realizarse en periodos de al menos 10 minutos. La OMS recomienda:

para niños y adolescentes: 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa; para adultos (18+): 150 minutos semanales de actividad moderada

La práctica de ejercicio físico es muy importante ya que trae consigo múltiples beneficios para nuestro cuerpo tales como fisiológicos, sobre el corazón, el sistema circulatorio, el aparato locomotor, el metabolismo y aspectos psicológicos y psicosociales).

Mayor capacidad cardiorrespiratoria, que permite optimizar el funcionamiento general del organismo y su rendimiento frente a demandas específicas.

Prevención y disminución de trastornos respiratorios, deterioro de la mineralización de los huesos, atrofia en el tejido muscular, el acortamiento, así como la rigidez de las articulaciones.

Los beneficios al aparato locomotor con lleva al fortalecimiento de estructuras articulares (huesos, cartílagos, ligamentos, tendones) y mejora la función del sistema músculo esquelético contribuyendo en la calidad de vida y grado de independencia, aumenta la elasticidad muscular y articular, así como la fuerza y resistencia de los músculos.

Facilita los movimientos y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Mejora la respuesta inmunológica ante infecciones o agresiones de distinto tipo.

Aumenta el consumo de grasas durante la actividad con lo que contribuye a la pérdida de peso. Colabora en la disminución del colesterol total y del colesterol LDL ("malo") con aumento del colesterol HDL ("bueno").

Mejora la tolerancia a la glucosa favoreciendo el tratamiento de la diabetes.

Facilita la digestión, favorece el tránsito intestinal regulando hábitos de evacuación y evitando el estreñimiento, disminuyendo el riesgo de cáncer de colon.

La importancia del ejercicio conlleva al beneficio de aspectos psicológicos como el aumento de la sensación de bienestar y disminuye el estrés mental (se produce liberación de endorfinas que favorecen el "sentirse bien" después del ejercicio). Además favorece un bienestar psicosocial, aliviando estados de ánimo adversos y otras manifestaciones de estrés psicológico. Permite el desarrollo y fortalecimiento de relaciones sociales.

Otra forma de favorecer la salud cardiovascular es mediante una alimentación saludable, la misma consiste en el aporte de todos los nutrientes esenciales (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua) y la energía que cada persona necesita. Alimentarse saludablemente, además de

mejorar la calidad de vida en todas las edades, ha demostrado prevenir el desarrollo de enfermedades como: obesidad, diabetes, enfermedades cardio y cerebrovasculares, hipertensión arterial, dislipemia, osteoporosis, algunos tipos de cáncer, anemia e infecciones.

Una dieta equilibrada consiste en distribuir los alimentos en 4 comidas principales y 2 colaciones. Las porciones deben ser moderadas en el tamaño. Por día se debe consumir 2 frutas y 3 porciones de verduras preferentemente crudas.

En el almuerzo y en la cena, la mitad del plato debe ser verduras y de postre una fruta. Incorporar legumbres, cereales integrales, semillas y frutas secas. Consumir carnes rojas o blancas (pollo o pescado) no más de 5 veces por semana.

No agregue sal a sus comidas, puede reemplazarla por perejil, albahaca, tomillo, romero y otros condimentos. Limite el consumo de azúcar y alcohol.

Dentro de la alimentación es importante destacar la ingesta de agua, ya que ofrece múltiples beneficios para nuestra salud. Favorece el buen funcionamiento de los riñones, reduce el riesgo de padecer enfermedad coronaria.

Estudios han demostrado que las personas que beben cinco o más vasos de agua al día pueden reducir en un 50 por ciento el riesgo de padecer enfermedad cardíaca. Es importante saber que nunca debemos sustituir el agua por refrescos o leche. Se recomienda ingerir de 1 1/2 a 2 litros al día, especialmente los niños y ancianos, y sobre todo durante el verano, ya que tienen disminuida la sensación de sed. Recordemos tomar agua antes, durante y después de realizar ejercicios.

También es importante para la salud cardiovascular incorporar el descanso adecuado; que no consiste simplemente de inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. Las situaciones que favorecen el descanso adecuado son: la comodidad física, la eliminación de preocupaciones y el sueño suficiente.

La persona que descansa adecuadamente es capaz reducir los niveles de colesterol estrés, etc. La importancia de bajar el colesterol radica en que el exceso del mismo en sangre se acumula en las paredes de las arterias, contribuyendo al proceso de arterioesclerosis. Se considera hipercolesterolemia a los niveles de colesterol total superiores a 200 mg/dl, un factor determinante en la aparición de la enfermedad cardiovascular. Está demostrado que las personas con niveles de colesterol en sangre de 240 tienen el doble de riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM) que aquellas con cifras de 200mg/dl.

El tabaco por su parte, con los numerosos agentes químicos y cancerígenos que contiene, ejerce un efecto nocivo sobre el sistema cardiovascular, favorece el riesgo de trombosis y provoca una reducción del calibre de las

arterias coronarias dificultando el riego del corazón. El consumo de alcohol moderado se ha relacionado con una disminución de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, está demostrado que el abuso del alcohol es perjudicial para la salud. Diversos estudios han descrito una relación entre un consumo de alcohol excesivo y la aparición de enfermedades cardiovasculares.

La actividad realizada se enmarca dentro de la XXIV Semana del Corazón en Uruguay; cuyo objetivo fue promocionar los hábitos cardio-saludables con el fin de lograr una adecuada calidad de vida.

Los actores no Universitarios que participaron en ésta Actividad de Extensión fueron: Asociación de Jubilados y Pensionistas de Salto (A.JU.PEN.SAL), Jardín N° 103 "Graciela Castellini de Ferrére", Escuela N° 5, Liceo N° 2 Antonio M. Gompone, Unidad Básica Asistencial N° 5 y 7 de la Red de Atención Primaria, Intendencia de Salto (Oficina de la Juventud, Servicio de Acción Social), CAM (Centro de Asistencia Médica de Salto).

Dicha actividad comenzó el día lunes 28 de Setiembre del corriente año donde los estudiantes de Facultad de Enfermería de la Cátedra de Enfermería Comunitaria realizaron una actividad educativa en el Jardín N° 103, a cerca de los hábitos cardiosaludables (alimentación, ejercicio físico, descanso y controles periódicos de salud) en el turno matutino, con niños que cursan nivel cuatro y cinco; continuando el día siguiente con niños que concurren en el turno de la tarde .

El día Martes 29 de Setiembre en el horario de la mañana se realizó una actividad educativa dirigida a alumnos que cursan cuartos años de la Escuela N° 5; basada en la importancia de los hábitos cardiosaludables y la identificación de Factores de riesgo cardiovasculares, a cargo de estudiantes de la Cátedra de Enfermería Comunitaria.

Al finalizar estas actividades, se solicitó a los niños de Escuelas y Jardines que elaboren afiches, dibujos o carteles en relación a los temas trabajados durante la Semana del corazón, para participar en la exposición realizada en la jornada del día de cierre.

Siguiendo con el cronograma, estudiantes de la Cátedra de Adulto y Anciano concurren al Liceo N° 2 Antonio M. Grompone; en los turnos matutino y vespertino de los grupos de tercer año donde realizan una obra de teatro donde trabajaron contenidos referentes al tema.

Para finalizar realizaron una evaluación de los contenidos propuestos a través de un cuestionario Verdadero- Falso, a los alumnos que participaron.

Finaliza la actividad con la elaboración de un pasacalle en forma conjunta con alumnos y docentes que participaron alusivo al tema.

Dicha semana finaliza el día Jueves 1° de octubre del corriente año en Plaza Flores en el horario 13:30 a 17:00 horas, donde se contó con 5 stand durante toda la jornada: en el 1er stand: se aplicó un instrumento de recolección de datos. Se realizó la medición de Presión Arterial, control de peso y medición de talla. A cargo de estudiantes de las Cátedra Comunitaria y Adulto y Anciano. En el 2do Stand: se realizó control de Glicemia capilar a cargo de

Interna de Facultad de Enfermería y promotora del Centro de Asistencia Médica de Salto.

En un 3er Stand: se realizó Educación Incidental y entrega de Folletería elaborada por los estudiantes y aportada por la comisión honoraria de la salud cardiovascular , a cargo de Estudiantes de facultad de Enfermería, personal de enfermería de UBAS N° 5 y 7, Centro de Asistencia Médica de Salto (CAM)y Licenciada en Nutrición Debora Sotello. En un 4to Stand se realizó la Exposición de una Canasta Básica Saludable (frutas, jugos y agua), y en el 5to Stand se Expusieron los dibujos realizados por alumnos de Jardín N° 103 y Escuela N° 5.

También se contó durante toda la jornada con castillos inflables y cama elástica fomentando el ejercicio, la recreación y la actividad al aire libre.

Se realizaron juegos dirigidos a niños que concurren a la actividad, como por ejemplo el baile de la silla.

A la hora 15:00 se llevó a cabo la actuación del Grupo de “Hip Hop” de la Oficina de Juventud a cargo del Profesor Fabio Rodríguez.

A la hora 15:30 actuó el Grupo de Danzas de AJUPENSAL a cargo de la Profesora Raffaella Rossi.

A la hora 16:00 para finalizar la Jornada actuó la Banda de Música del Batallón de Infantería N° 3.

Cabe destacar que las actividades se llevaron a cabo según lo previsto sin requerir modificaciones.

En relación a los objetivos propuestos; estos se cumplieron con efectividad.

En la evaluación realizada a Jardín, Escuela y Liceo surge destacar la propuesta de nuevos temas de interés para trabajar en futuras actividades como el consumo problemático de sustancias, cuidados en el niño (inmunizaciones), sexualidad; entre otros.

EVALUACIÓN REALIZADA A LA POBLACION QUE PARTICIPÓ DE LA ACTIVIDAD

1)-¿Está conforme con la actividad realizada en la comunidad?

CONFORME CON ACTIVIDAD	FA	FR
SI	36	100%
NO	0	0%
TOTAL	36	100%

El 100% de la población está conforme con la actividad realizada.

2)-¿Considera que le brindaron información de utilidad?

INFORMACION DE UTILIDAD	FA	FR
SI	36	100%
NO	0	0
TOTAL	36	100%

El 100% de la población considera que la información fue de utilidad.

3)- ¿Los recursos materiales y audiovisuales utilizados fueron de fácil comprensión?

RECURSOS UTILIZADOS	FA	FR
SI	36	100%
NO	0	0
TOTAL	36	100%

El 100% de la población considera que los recursos materiales y audiovisuales fueron de fácil comprensión.

EVALUACION REALIZADA A DOCENTES DE INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON EN LA ACTIVIDAD

1)- ¿Cómo considera la información que se brindó a los alumnos?

INFORMACION BRINDADA	FA	FR
EXCELENTE	3	33,3%
MUY BUENO	3	33,3%
BUENO	3	33,3%
REGULAR	0	0 %
TOTAL	9	99,9%

Con respecto a la información brindada un 33% consideró excelente, el 33,3 % muy buena y el restante 33,3% buena.

2)- Considera que la metodología utilizada fue:

METODOLOGIA UTILIZADA	FA	FR
EXCELENTE	3	33,3%
MUY BUENA	5	55,5%
BUENA	1	11,1%
REGULAR	0	0%
TOTAL	9	99,9%

Con respecto a la metodología utilizada el 55, 5% consideró muy buena, el 33,3 % excelente, y el restante 11,1%% buena.

3)- Considera que los recursos materiales y audiovisuales utilizados fueron:

RECURSOS MATERIALES Y AUDIOVISUALES	FA	FR
EXCELENTE	2	22,2%
MUY BUENA	6	66,6%
BUENA	1	11,1%
REGULAR	0	0%
TOTAL	9	99,9%

Con respecto a los recursos materiales y medios audiovisuales utilizados el 66,6% considera que fue muy buena, el 22,2% excelente y el 11,1% buena.

CONCLUSIONES

La extensión universitaria es un proceso educativo transformador donde no hay roles estereotipados de educador y educando, donde todos pueden aprender y enseñar.

Es un proceso que contribuye a la producción de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber científico con el saber popular.

Es un proceso que tiende a promover formas asociativas y grupales que aporten a superar problemáticas significativas a nivel social.

Es una función que permite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza; generando compromiso universitario con la sociedad y la resolución de sus problemas.

Se destaca de ésta actividad el involucramiento y la participación de los diferentes actores sociales y universitarios en la etapa de planificación, ejecución y evaluación de la actividad, cumpliendo de esta forma con los objetivos de extensión universitaria.

También se destaca el abordaje interdisciplinario (docentes, profesores de educación física y maestros) en el desarrollo de la actividad.

Una de las estrategias para el abordaje de los usuarios, familia y comunidad es el trabajo en promoción y prevención en salud; siendo un ejemplo de ello la ejecución de ésta actividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Fuente: Organización Mundial de la Salud, Enfermedades no transmisibles: Perfiles de países (2011), recuperado de www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html
Acceso: 15/05/2015
- Organización Mundial de la Salud., Enfermedades Cardiovasculares, Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
Acceso: 15/05/2015
- Population Reference Bureau., Enfermedades no Transmisibles en América Latina y El Caribe. Recuperado de <http://www.prb.org/pdf13/ncds-lac-datasheet-sp.pdf>
Acceso: 28/04/2015
- Organización Mundial de la Salud., Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/> Acceso: 28/04/2015
- Organización Mundial de la Salud., Actividad Física. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/
Acceso: 15/04/2015.



La Evaluación como parte de los Procesos de Enseñanza y de Aprendizaje



Asist. Fontes María José; Asist. González, Adriana; Asist. Lacoste, Stella; Prof. Adj. Taberne, Cristina



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
CENUR Litoral Noroeste, Centro Universitario de Salto (CUS).
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE.

LA EVALUACIÓN COMO PARTE DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA Y DE APRENDIZAJE

Autores:

Lic. Fontes, María José ¹

Lic. González, Adriana ²

Lic. Lacoste, Stella ³

Lic. Taberne, Cristina ⁴

RESUMEN

En la Educación Superior, la problemática del rendimiento académico del alumnado y de cómo los contextos de enseñanza y de aprendizaje influyen en él es de gran actualidad. En Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, (CENUR - Litoral Norte, Sede Salto) esta problemática está presente.

Es fundamental analizar este problema desde la dimensión cuantitativa y contextualizarlo para que aporte información valiosa, que signifique un punto de referencia para conocer el rendimiento académico de los estudiantes.

Por esta razón se realizó una prueba diagnóstica para evaluar uno de los aspectos del rendimiento académico: el conocimiento adquirido en los cursos previos al actual.

Participaron en la prueba el 90% de los estudiantes matriculados en el curso de Atención a la Salud del Usuario en Estado Crítico, del programa Licenciatura en Enfermería. El 10% de ellos obtuvo un resultado de 3 (RRR) y el porcentaje restante obtuvo menos de 3, en una escala de 1 a 12.

Teniendo en cuenta esta realidad, se estimuló a la autorreflexión para identificar los factores que posiblemente afectaron los resultados de la prueba. Los factores que predominaron fueron: disconformidad con los diferentes métodos y técnicas de evaluación utilizadas durante la carrera, dificultad en la distribución del tiempo para estudiar en aquellos que trabajan y en los que deben dedicar parte de sus horas diarias al cuidado de la familia (hijos, adultos mayores).

Esta situación es preocupante y debe ser abordada en la búsqueda de reducir la brecha entre lo enseñado y la apropiación del conocimiento para poder aplicarlo en la práctica profesional de Enfermería. Es un desafío como educadores del área de la salud lograr la mejora de las actividades académicas y fomentar el desarrollo de los estudiantes universitarios.

Palabras clave: estudiantes de Enfermería, evaluación, rendimiento académico, contextos.

1. mjfotesfarias@gmail.com - Facultad de Enfermería. CENUR Litoral Noroeste, CUS.
2. adriana.gonzalez.segredo@gmail.com - Facultad de Enfermería. CENUR Litoral Noroeste, CUS.
3. stelac28@gmail.com - Facultad de Enfermería. CENUR Litoral Noroeste, CUS.
4. ctaberne2009@gmail.com - Facultad de Enfermería. CENUR Litoral Noroeste, CUS.

INTRODUCCIÓN

La visión psicoeducativa ha aportado modelos conceptuales y evidencias que muestran cómo los contextos determinan los procesos de Enseñanza y de Aprendizaje y el rendimiento académico. La evaluación del rendimiento académico no explica por sí sola su verdadera dimensión, ya que sobre sí mismo inciden muchos factores, existen relaciones causales diversas y se producen implicaciones de diferentes tipos; de ahí su complejidad para medirlo. Sin embargo, es de gran importancia poder hacer un análisis desde su dimensión cuantitativa, midiendo de alguna forma el conocimiento adquirido por los estudiantes, traducándose en un resultado, a través de una calificación. Éste debe ser un punto de referencia inicial y aproximada, que brinde una valiosa información primaria, que servirá para evaluar desde una de las aristas lo que está pasando en el proceso formativo. Este indicador cuantitativo resulta necesario dentro de la metodología de evaluación de la calidad educativa, y constituye un instrumento de mucho valor e importancia teórica, metodológica y práctica en los procesos de formación de los profesionales universitarios.

La evaluación tiene un carácter formativo orientado a identificar problemas y logros del estudiante, también debe permitir el desarrollo del educando al propiciar la duda constante, la necesidad de verificar las propias respuestas y estimular el pensamiento crítico.

Por ello, el propósito central de la evaluación del aprendizaje es tomar decisiones, para reforzar los aprendizajes, mejorar el rendimiento y enriquecer la programación, de acuerdo con los resultados obtenidos. Por medio de la función retroalimentadora, los estudiantes conocen y analizan la información acerca de sus logros y necesidades y participan en las decisiones orientadas a reforzar o corregir el curso de su actividad.

Algunos autores toman a la evaluación como subordinada a la educación, esto le otorga un carácter de herramienta o instrumento al servicio de la educación. Contar con esta herramienta no solo es necesario, sino también imprescindible para alcanzar las metas y objetivos del proceso educativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio

Universidad de la República, Facultad de Enfermería, CENUR Litoral Noroeste, Centro Universitario Salto, Departamento de Atención a la Salud de Niño, Niña y Adolescente.

Población

Estudiantes del curso Atención a la Salud del Usuario en Estado Crítico en el año 2014. Tercer Ciclo, Módulo I.

Unidad de Análisis

Estudiantes de Enfermería.

Criterios de inclusión

Todos los estudiantes que:

- 1) Se matricularon en el curso en el año 2014.
- 2) Concurrieron el día de la prueba diagnóstica y aceptaron realizarla.

Primera etapa:

Método de recolección de datos: se seleccionaron 14 preguntas referentes a los temas de mayor interés del programa del curso Atención a la Salud del Niño, Niña y Adolescente, Segundo Ciclo, Módulo III. Se citó a los estudiantes a través del aula virtual de la Plataforma de Enseñanza/ Aprendizaje ProEva (Programa de Entornos

Virtuales de Aprendizaje) Regional Norte - UdelaR.

Para la corrección de las respuestas se elaboró un protocolo, a cada respuesta se la puntuó con matices del 0 al 12, donde 0 corresponde a las no respondidas y 12 a las respondidas en forma adecuada.

Procesamiento de datos

Los datos obtenidos mediante la recolección fueron ingresados a una base de datos, ordenados en una planilla electrónica (Microsoft Excel), permitiendo la presentación de los mismos a través de tablas y gráficas de frecuencia absoluta y relativa.

Segunda etapa:

Se citó a los estudiantes a una segunda instancia para presentar los resultados obtenidos. Se estimuló a la reflexión individual y grupal trabajando en subgrupos de 6 integrantes, se discutió, se registró en papelógrafos las conclusiones sobre los factores que posiblemente afectaron el rendimiento, reflejados en los resultados de la prueba.

Además se les solicitó a los estudiantes la presentación de propuestas de solución a las dificultades encontradas en el proceso de aprendizaje, para luego realizar una puesta en común.

Procesamiento de datos:

Se elaboraron matrices con las respuestas individuales y grupales de los estudiantes, agrupándolas para facilitar su discusión.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Resultados de la primera etapa:

El total de estudiantes que participaron en la prueba fueron 29, un 90% de los estudiantes que estaban matriculados (32) en el curso. El 10% del total de estudiantes (3) que realizaron la prueba, obtuvieron un resultado de 3 (RRR) y el porcentaje restante (26 estudiantes) obtuvo menos de 3, en una escala de 1 a 12.

Resultados de la segunda etapa:

De la puesta en común surgen que los diferentes factores que podrían haber afectado el resultado de la prueba diagnóstica fueron:

- Dificultades propias del estudiante como: falta de tiempo para estudiar dada la amplia carga horaria de los bloques teóricos, las horas dedicadas al trabajo fuera del hogar y las horas dedicadas al cuidado de la familia.
- Escasos talleres en el Instituto Tecnológico con la consecuente falta de experiencia al llegar al campo de práctica.
- En cuanto al instrumento utilizado en la prueba: preguntas extensas e inconcretas (la consigna no estaba acorde a las respuestas esperadas, protocolo), se evaluaron temas no vistos en la experiencia práctica.
- Diferencias en cuanto a criterios, técnicas y metodologías de evaluación utilizadas en la carrera, lo que conlleva al desconocimiento de los mismos por parte de los estudiantes.

Las posibles soluciones que plantean para mejorar su aprendizaje son:

- Disminuir las cargas horarias de clases presenciales, horarios continuados.
- Contar con guías de estudio y manuales de técnicas y procedimientos de Enfermería.
- Elaboración de estrategias institucionales para motivar a los estudiantes, resaltando lo positivo y no solo lo negativo.
- Utilización de evaluaciones de conocimiento en base a criterios unificados y conocidos por todos.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El bajo rendimiento de los estudiantes que participaron en la investigación medido a través de la prueba diagnóstica, demostró que la mayoría no se encontraba en concordancia con los conocimientos que deberían tener según

lo que plantea el curso del módulo actual. Esta situación es realmente preocupante por lo que fue necesario medirla y contextualizarla para poder comprenderla.

Los estudiantes manifestaron que los factores que tuvieron impacto en el rendimiento, podrían deberse a sus diferentes realidades socioeconómicas y a factores que tienen relación directa con la planificación e implementación del programa y de los cursos. Es en estos últimos factores dónde podríamos tener implicancia directa desde la institución educativa formadora de recursos en Salud, como lo es la Facultad de Enfermería.

Se ha generado en los estudiantes una etapa de reflexión muy importante, ya que se los hizo partícipe del “pensar” para poder modificar de alguna forma parte de la realidad en la que están insertos.

Fueron capaces de plantear sugerencias que nos ayudarán a establecer estrategias innovadoras y así lograr mejorar los procesos de enseñanza y de aprendizaje, lo que implicaría:

- la generación de programas innovadores con atención en caso de rezago,
- aumento en la cantidad de talleres en el Instituto Tecnológico para mejorar la adquisición de habilidades y destrezas en técnicas y procedimientos de Enfermería, así como también continuidad en los mismos durante toda la experiencia práctica,
- adaptación del Plan de Estudio y de los Cursos, teniendo en cuenta las situaciones de estudiantes que trabajan o están a cargo de sus hijos o adultos mayores de la familia,
- capacitación del equipo docente para lograr la utilización de metodologías o técnicas de evaluación acordes a las características de la población estudiantil y a los requerimientos del Plan de Estudio.

Destacamos la importancia que tiene la realización de esta evaluación, donde la autoevaluación y la evaluación grupal son pilares fundamentales para obtener el conocimiento de esta realidad. Esto nos permite poder abordar los contextos actuales, en la búsqueda de reducir la brecha entre lo enseñado y la apropiación del conocimiento.

Pretendemos como equipo docente elaborar un plan de mejora que pueda considerar estos aspectos, que el proceso evaluativo sea continuo, sistemático, reflexivo y que favorezca la retroalimentación positiva.

Existe una “lógica”, que relaciona el proceso de enseñanza, el de aprendizaje y el evaluativo, que está fundamentada en el paradigma sobre el cual se diseñan los mismos. Esto implica que el cuerpo docente reflexione y analice; qué y cómo aprenden los estudiantes, qué y cómo enseñar y finalmente qué y cómo evaluar.

Deberíamos pasar de la calificación al informe, ya que la calificación es mucho más de lo que informa, modificar las técnicas de evaluación para que sea posible pasar de los resultados, a la toma de decisiones.

Es un desafío como educadores del área de la salud lograr la mejora de las actividades académicas, es necesario que este proceso se realice de forma efectiva para obtener resultados que guíen y favorezcan el desarrollo estudiantil, la formación de cualidades como son la autonomía, la reflexión, el razonamiento crítico y la formación de profesionales responsables de su aprendizaje, fortaleciendo el empoderamiento del alumnado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- de la Fuente Arias, J., Martínez Vicente, J., Peralta Sánchez, F. J., & García Berbén, A. B. (2010). Percepción del proceso de enseñanza-aprendizaje y rendimiento académico en diferentes contextos instruccionales de la Educación Superior. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3805.pdf>
- Dey, T. (2009). La Evaluación como parte del Aprendizaje. Recuperado de http://www.uacm.edu.mx/uacm/Portals/9/Direc/Ponenciasevaycer/La_evaluacion_parte_aprendizaje.pdf
- Gil Flores, J., Padilla Carmona, M. T. (2009). La participación del alumnado universitario en la evaluación del aprendizaje, XX1,(12), 43-65. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=70611919004>
- Litwin, E. (2009). El Oficio de Enseñar. Condiciones y contextos. Buenos Aires: Paidós.
- Pérez Juste, R. (2005). La Evaluación Pedagógica. Una Concepción Integradora. Recuperado de http://www.cerm.es/upload/la_evaluacion_pedagogica.pdf
- Rodríguez-Gómez, G., Ibarra, M., Gallego-Noche, B., Gómez-Ruiz, M., & Quesada-Serra, V. (2012). La voz del estudiante en la evaluación del aprendizaje: un camino por recorrer en la universidad. Recuperado de http://www.uv.es/RELIEVE/v18n2/RELIEVEv18n2_2.pdf



Prácticas de enseñanza en el aula clínica:
Percepción de la buena enseñanza según
estudiantes de Facultad de Enfermería.



Asist. Analía Ignatov.

Prácticas de enseñanza en el aula clínica: Percepción de la buena enseñanza según estudiantes de Facultad de Enfermería.

Asist. Analía Ignatov

RESUMEN

La práctica clínica constituye un aspecto muy importante como escenario de aprendizaje de las prácticas profesionales propias de la profesión enfermera.

Las prácticas clínicas se instauran en un espacio social en el que interactúan diversos actores, en sus relaciones expresan heterogeneidad en su aprendizaje, diversidad de intereses, generan alianzas, contradicciones y desencuentros entre ellos. Se experimentan relaciones de vínculo, cooperación, competencia, poder y ejercicio de la autoridad.

El objetivo del trabajo fue conocer prácticas de enseñanza que se llevan a cabo en el aula clínica a través de experiencias de aprendizaje relatadas por estudiantes y percepciones sobre la “buena” enseñanza.

A través de este trabajo se pudo observar que la experiencia privada de las buenas prácticas se reconstruye pública y teóricamente, permitiendo indagar sobre algunos aspectos que hacen a la complejidad de la enseñanza y el aprendizaje en el aula clínica.

Palabras claves: Prácticas de enseñanza, aula clínica, buena enseñanza

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio exploratorio, descriptivo de tipo cualitativo, transversal.

Se trabajó sobre una muestra por conveniencia relevando la opinión de estudiantes que estaban cursando el tercer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería en el año 2012.

Dentro de estos se seleccionaron cuatro estudiantes considerados “buenos alumnos”, estos son aquellos que además de tener un promedio satisfactorio tienen actitudes de aprendizaje positivas, las cuales han sido identificadas por diferentes docentes en el aula.

Se seleccionó este momento de la carrera para entrevistar a los estudiantes, debido a que es una etapa que han vivido diferentes experiencias en el aula clínica, porque se instauran en la misma desde el primer año de la carrera y porque aún se encuentran durante la totalidad del tiempo de práctica a diario con un docente referente en la práctica clínica.

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semi estructurada y las preguntas que se realizaron fueron sobre situaciones de aprendizaje vividas en el aula clínica y sobre las concepciones que ellos tienen de una buena enseñanza y/o buen docente.

La categoría principal que se tomó para este trabajo fue: Prácticas de Enseñanza en el aula clínica.

La interpretación de los discursos permitió identificar las siguientes sub categorías de análisis.

- Concepciones de la buena enseñanza.
- Conductas docentes en el proceso de enseñanza en el aula clínica.
- Situación o ubicación del docente y el alumno en el contexto hospitalario.

Se mantuvo el anonimato de los entrevistados en la presentación de los testimonios en el trabajo.

CUERPO DEL ARTÍCULO

La buena enseñanza no debe ser considerada como sinónimo de enseñanza con éxito, esta última se relaciona con métodos de evaluación. La buena enseñanza tiene que analizarse desde el sentido moral y epistemológico. Desde un sentido moral se relaciona con aquellas acciones docentes que sean capaces de provocar ciertos principios en los estudiantes. Desde un sentido epistemológico equivale a preguntarse si lo que se enseña es racionalmente justificable, o sea digno de ser enseñado. La investigación en la enseñanza ha realizado contribuciones, sugiere que las capacidades que requiere un profesor para tener éxito en la instrucción se adquieren cuando se altera la verdad o falsedad de las creencias que el profesor tiene y cuando son sustituidas por creencias nuevas. (Fenstermacher, 1989).

Existen diferentes paradigmas sobre cómo estudiar la enseñanza, pero ninguno por sí sólo reúne todas las características que permitan comprender todos y cada uno de los hechos educacionales, a pesar que uno anteceda al otro a través de la historia. Todos tienen en cuenta dos actores fundamentales en el proceso de enseñanza: el profesor y el alumno, sin uno no sería posible que existiera el otro.

La enseñanza es un acto de compartir, que se da entre dos o más personas y donde una de ellas posee un conocimiento y/o habilidad que el otro no la tiene y es necesario que el que la posee pueda instruir al otro en cómo llegar a adquirir el contenido por sí mismo, a través de textos u de otras fuentes, darle la oportunidad de acceso al contenido y controlar y evaluar el proceso de este. El poseedor del contenido debe significar para el otro la principal fuente de conocimientos y habilidades. De esta manera es que el alumno podrá llegar al aprendizaje, entendiendo que este no es causa obligatoria de la enseñanza, sino algo que ocurre en la persona misma y conceptuando al aprendizaje más con la función de tarea que como adquisición comprobada de contenidos, o sea como rendimiento. (Fenstermacher, 1989).

En el análisis del discurso de los diferentes estudiantes entrevistados se destacan visiones particulares, en algunos casos contradictorias y en otros casos se relevan percepciones comunes a todos los entrevistados con respecto a la buena enseñanza y/o buen docente.

Aspectos particulares identificados en los discursos de los estudiantes

Dos estudiantes incluyeron a la capacitación pedagógica, didáctica, disciplinar y profesional dentro de las características que definen a un buen docente. Asumen que la confianza que se tiene el docente en el aula es fundamental para su aprobación y la misma es transmitida en su accionar. La capacidad del docente de utilizar ejemplos sencillos cuando intenta explicar alguna cuestión resulta una metodología de abordaje eficiente, ya que permite que el estudiante ante una situación similar lo retome y lo pueda utilizar.

“(...) tiene que estar capacitado, hay profesores que se dedican pero no tienen la capacidad para enseñar. Sabe para él, pero al momento de transmitir, transmite lo básico, no te transmite seguridad tampoco (...) hay profesores que tratan de asociar ciertas cosas con cosas cotidianas y después vos te acordas de que tal profesor lo dijo”

“(...) la persona que tienes como docente se supone tiene que saber más que vos o por lo menos tener claro lo teórico y confianza donde esta, pero más que eso base teórica para saber que va a querer del alumno”

En el campo de la enseñanza terciaria existe una particularidad en la mayoría de los docentes que instruyen, que es la falta de capacitación formal en pedagogía y didáctica. Generalmente estas materias no están incluidas en el curriculum de la carrera que realizaron ni tampoco luego de ingresar en la institución de enseñanza reciben capacitación sobre cómo enseñar la materia en que se están especializando. Se apela a que el conocimiento a enseñar se relaciona con el sentido común, ese conocimiento que resulta esencial en todo lo que hacemos y da sentido a la experiencia previa, esa experiencia se relaciona en ciertas oportunidades al recuerdo de cómo actuaron nuestros docentes en el pasado y cómo uno toma eso y actúa igual ante situaciones parecidas, esta enciclopedia de información pedagógica puede no ser tan refinada y compleja como las que aporta la capacitación formal pedagógica, pero sin duda no dejan de ser válidas y útiles para todos los que nos disponemos a enseñar algo. Los recuerdos darán testimonio de que la buena enseñanza no implica una sola manera de actuar, sino muchas. (Jackson, 2004).

Un aspecto que mencionó una estudiante fue preferir docentes con experiencia en vez de novatos, lo relacionó con la seguridad que le transmite en el campo práctico.

“(...) aprendes más con los docentes que tienen experiencia, uno no está tranquilo con un docente que recién se inicia porque vos le preguntas algo, como me ha pasado y te dice ah... yo no sé, nunca estuve acá, es como que no te da seguridad (...) no es que me haya ido mal con alguna profesora, pero no

es lo misma seguridad que te da un docente que hace más años que está trabajando en un lugar que una que recién empieza”

La experiencia es uno de los elementos que definen a la pericia del docente, pero por si sola no la garantiza, los profesionales deben ser capaces de aprender de ella. Hubiera sido interesante haber podido indagar más sobre este aspecto, lo que puedo relacionar con esta situación es lo que sugiere E. Ropo en su investigación de las “Diferencias en la enseñanza docente: expertos y principiantes; (...) “los docentes experimentados se orientan más hacia el aprendizaje de sus alumnos que los principiantes, cuya orientación puede estar más dirigida hacia su propia conducta de enseñanza” (citado en M. Carretero, 1998, pp. 102-128).

Percepciones comunes

La mayoría de los estudiantes percibe que el docente es esencial para su aprendizaje en el aula clínica, mencionan la necesidad de tener un docente exigente en su práctica, y que pueda servir como guía y andamio en ciertas situaciones. Esto podría vincularse con la idea Vigotskiana de zona de desarrollo próximo.

“No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía del adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (Vigotsky, L, 2000, p. 133).

“(…) los maestros deben proporcionar a los aprendices una estructura de “andamios” que apoyen la construcción de ese conocimiento desde fuera, siempre el andamio por encima de la casa, anticipándose, creando nuevas zonas para la construcción de conocimientos, para luego ir retirando poco a poco esos apoyos cuando la construcción sea ya lo bastante sólida para mantenerse en pie por sí misma y funcionar de modo autónomo sin necesidad de muletas ni prótesis cognitivas” (Pozo, 2005, pp. 207 - 208).

“Experiencia que me haya marcado fue el año pasado con la docente que tuve, ella llegaba todos los días y te preguntaba, y eso hacía que te incentivaras y estudies, a que te muevas (...)”

“Creo que un buen docente es aquel que te va guiando, si bien son docentes exigentes, que me parece que un buen docente tiene que ser exigente porque lo que pretende es sacar un buen licenciado en este caso, pero a la vez que te vaya guiando y que te dé la oportunidad porque obviamente no todos sabemos todo y puede ser que en ese momento que te evalúa te olvidaste de algo. Que te dé la oportunidad de si hoy no sabes mañana se lo puedo decir y ver si realmente lo aplicas. Obviamente que si te pregunta una, dos, tres veces y no lo sabes... eso ya va en cada uno”

“(…) yo al menos funciona si tengo un docente que me exige”

“Un buen docente es aquel que pone límites pero vos puedes llegar a él (...)”

“(...) que sean humanos, que sean capaces de darte apoyo, aliento si ven que vos estas realmente interesado en lo que estás haciendo”

“El docente es el guía del estudiante, tiene que estar con el estudiante, no sólo te transmite seguridad, si haces algo mal te corrige y eso esta bueno”.

La enseñanza y el aprendizaje son dos conceptos que si bien cada uno tiene sus connotaciones, muchos lo ven como un conjunto, una especie de causa - efecto.

Según los testimonios, la mayoría de los estudiantes necesita sentir un grado de control sobre estos procesos, perciben que el docente tiene que tener una actitud activa y mediadora.

En cuanto a esto, “Vigotsky (1978) (...) señala la importancia del aprendizaje cooperativo entre los profesores y los alumnos” (citado en Woods P, 1997, p. 22).

El aprendizaje se logra a partir de la interacción del individuo con su entorno, este debe de elaborar y realizar transformaciones a través de sus estructuras cognitivas para recrear nuevas conductas. (Dabas, E, 1998).

- **Conductas docentes en el proceso de enseñanza en el aula clínica.**

La enseñanza clínica de la Enfermería en el contexto de los servicios de salud debería radicar en el compromiso que debe tener el profesional dedicado a la docencia, ya que esto es parte de la formación y del proceso de construcción del aprendizaje del educando. En este sentido las conductas que el profesor tiene son para sus alumnos un punto de partida y comparación, un modelo.

Al hablar de conductas de dominio cognoscitivo, afectivo y psicomotor, se hace referencia a los procesos mentales e intelectuales, al control de los sentimientos y afectos, y dominio de los aspectos sensoriales y motores.

Estas conductas deben formar parte del profesional-docente, ya que el modelo teórico que enseña, en comparación con el modelo práctico que ejerce, es un punto clave de observación, análisis y crítica por parte de los estudiantes. Sobre todo en la enseñanza clínica donde es muy probable que existan otros modelos diferentes al del docente-academia.

Aquí radica la importancia de que la conducta del profesor coincida con el contenido teórico que éste dicta. Lo que significa que exista coherencia entre la teoría y la practica - lo enseñado y lo aplicado. Lograr esa coincidencia es fundamental ya que el estudiante irá forjando su perfil, lo irá puliendo y mejorando acorde a un modelo de profesional que debe a la vez adaptarse al contexto en el que ejercerá su profesión.

Entre los paradigmas que estudian la enseñanza, se encuentra la “investigación del proceso - producto”, tiene en cuenta como proceso fundamental de la enseñanza el vínculo entre el docente y el alumno. Observa diversas conductas docentes y cómo estas condicionan el rendimiento que logra tener el estudiante. (Shulman, 1989).

La conducta del docente estuvo presente en todos los relatos o situaciones de aprendizaje vividas por los estudiantes en su práctica clínica.

“(...) Exige pero la forma en que hace las preguntas para guiarte y que vos entiendas, si no entendiste la pregunta te la fórmula de otra manera y te guía, además te da la oportunidad de lo que no sabes hoy se lo contestes mañana”

“(...) en la práctica hago todo con miedo porque hago lo mínimo y está mal, aparte no es que te digan... es según la profesora que te dé la oportunidad de volver hacerlo nuevamente, si hoy te equivocaste que mañana vos le puedas decir me equivoque y ahora aprendí que es de esa manera y volver a repetirlo”.

“Tuve oportunidad de colocar sonda vesical cuando tuve una usuaria en maternidad que iba a cesárea, pero como cuando pasa eso tienes que hacer todo rápido, el personal del servicio y de block quirúrgico te dice a una hora y después te piden la paciente que esté preparada antes, la docente no me dejó porque es todo rápido, a contra reloj, y además con esa profesora que tuve en maternidad no hubo onda”

En esta situación que vive la estudiante, transmite en primer lugar la relación de poder del docente sobre el alumno y el temor a lo desconocido y en segundo lugar las relaciones de poder del personal del servicio cuando habla de tiempos y las tensiones sobre las que deben de realizar ciertos procedimientos y dónde se suma un vínculo negativo de docente - estudiante.

La práctica clínica se podría considerar como un espacio de aprendizaje “protegido”, están presentes la tutoría, supervisión y acompañamiento del docente con el estudiante. Las experiencias de aprendizaje están pensadas en que los estudiantes puedan actuar pero sin producir daños en los pacientes, por ello el acompañamiento del docente es fundamental en un principio para que el estudiante pueda ir ganando autonomía.

Otro paradigma de la investigación en enseñanza es el “Tiempo de Aprendizaje Académico”, este paradigma suscribe que debe especificarse con precisión el área del contenido en el cual el estudiante se vincula, sugiere que tanto la dedicación en la tarea como su dificultad deben ser evaluadas de acuerdo al tiempo en que logre efectuarse. Carroll plantea cinco variables que involucran al estudiante y al docente, ellas tienen que ver con la aptitud del estudiante frente a la tarea, la oportunidad que el docente otorga al aprendizaje de una tarea determinada, la perseverancia, o sea el tiempo que el estudiante dedica para dominar la tarea y la capacidad y calidad en la instrucción. (Citado en Shulman, 1989).

En base a este paradigma, se observa que en la realidad según los relatos de los estudiantes tienen escasas oportunidades en cuanto a la realización de técnicas propias de la profesión enfermera, por lo tanto es muy difícil medir cuestiones que hacen a la tarea.

“en esa situación me encontré solo, yo mismo como que me aislaba, el docente no iba todos los días a preguntarme qué iba a hacer, p.ej si iba a hacer medicación o para aprender algún procedimiento. Se me acercaba para decirme: ... dentro de un rato te evalúo y yo me ponía muy nervioso. Sentía que no me acompañaba en ese proceso y me daba un sentimiento de rabia, como que no me daba pelota, sentía que no se importaba por mí, y yo me dije: ¡tengo que importarme por mí mismo para seguir adelante! No estar siempre dependiendo de los demás”

“(...) cuando aprendí a puncionar la profesora que estaba en ese momento, porque cada uno es diferente, tiene su modo de enseñar, estaba con un usuario al que había que sacarle sangre para diferentes exámenes y ponerle una vía para comenzar con antibióticos, entonces ese día yo sentí que me enseñó que no me estaba evaluando”

“Lo que veo que no todos los docentes te acompañan durante la práctica, durante ese proceso, muchas veces los docentes acompañan a aquel que quiere o que va a seguir o que siguen la línea bien, los que se desvían a algo no, como que te dejan un poco de lado y siguen con los que realmente quieren y eso es lo que a mí me marco. Siguen con aquellos que saben, que tienen conocimiento para fortalecer eso”

“(...) El docente no te dice esto es tal cosa y tienes que hacer así y así para aprender algo determinado, el docente no te va a decir qué es, ni que estás haciendo ni cuánto lo haces, nada te va a decir, te va a venir a evaluar, entonces vos tenes que saber todo eso, cómo hacer, dónde, cuándo y porque hacerlo (...)”

“(...) yo me tenía confianza en procedimientos como p. ej.: extracción de sangre, pero la docente nunca nos iba a mirar, no nos decía nada. Esa experiencia práctica que tuvimos con esa docente nos sirvió para tomar práctica como enfermero, hacer práctica pero sin fundamento, por ejemplo nos decía: en sala 3 hay un circuito para colocar, sala 4 hay que colocar tal medicación y íbamos y hacíamos sin saber porque había ingresado esa usuaria, cosas que debemos saber para la realización de cualquier procedimiento”

“Hay docentes que he tenido también que siguen con los que realmente quieren, los que van, con los que se comen los libros y que no les dificulta, porque hay gente que si bien estudia les dificulta horrible. Hay docentes que son así siguen con los que quieren y los otros quedan para atrás o al revés al que le cuesta horrible, lo masacran, masacran y dejan de lado a los que ellos consideran que están bien”

En estos relatos los estudiantes perciben que el docente de la experiencia práctica hospitalaria sólo evalúa, que acompaña al estudiante con menor dificultad y demandan una mayor dedicación y acompañamiento por parte de los profesores; quizás también la actitud que tiene el docente con ellos también influya, si bien antes manifiestan querer contar con docentes exigentes solicitan además de su evaluación o comprobación de contenidos

que esté vigente su acompañamiento en este proceso. Estas situaciones muchas veces hacen que el estudiante por temor a ser sólo evaluado no se acerque al docente ante inquietudes y acceda a consultar a algún compañero y/o personal del servicio donde ejerce su práctica y muchas veces se siente sólo en estas nuevas experiencias que van marcando su práctica pre-profesional.

Con respecto a esto, existen investigaciones que tratan de que el trabajo colaborativo entre los alumnos tiene muchos beneficios, Galton y Williamson (1992), declaran que “los alumnos aprenden unos de otros, trabajan a su propio ritmo, pierden el temor y el estigma del fracaso, mejoran su autoimagen, aprenden de los demás, adquieren confianza” (Citado en Woods P, 1997: 24).

“(...) una de las cosas que a mí no me gustó fue la incorporación de una de las docentes a la práctica (...) Me paso una situación particular en la práctica... estaba preparando un ketoprofeno y la docente me pregunta por qué yo tenía tantas torundas con alcohol en la bandeja, le contesto: porque tengo que hacer la asepsia de la tijera, el sachet de suero para hacer la dilución y de la ampolla... y me dice ha pero esas son todas pavadas que se le pegan, yo le dije no son pavadas, son cosas que nos enseñan desde primer año y más en segundo año nos hacen hincapié en lo que es separar lo estéril de lo no estéril, lo contaminado de lo no contaminado para el no cruce de infecciones. Me dice eso es ahora porque son estudiantes después cuando ustedes sean profesionales van a ver que eso no es así. Cosas tontas por ejemplo el no sacar la jeringa cuando estamos diluyendo una ampolla para no estar manipulando, ella me decía agarra y saca, yo le decía... no! porque estoy manipulando mal y ella me decía igual, no va a pasar nada. O sea, esas cosas son las que te juegan en contra y vos tenes que decir no, yo aprendí esto y sé que eso está bien... a veces cuando uno se pone a trabajar en determinados lugares se les pega las mañas que hay y después se lo toma como normal, me parece que eso es lo que veía en ella”.

“(...) No quiero poner en tela de juicio lo que sepa o no pero p.ej una vez me paso que vi en una historia clínica que la madre tenía una Ig G positiva de toxoplasmosis y una Ig M negativa (...) entonces ella me dice en uno de los planes que le presento que yo a eso obviamente no lo priorice y me dice y bueno que vamos a hacer con eso, con esta Ig G y yo le digo nada, ya la tuvo, es positiva, ya está y me dice ... y bueno por eso ¿Qué es lo que vamos a hacer? Yo le digo si es positiva me quiere decir que ella ya tuvo esa patología y que no se vuelve a repetir... me dice... ah claro yo no tenía muy claro eso. Si uno ve que el docente referente no sabe o duda (...)”

En estos relatos, es dónde la actitud del docente pone en juego su propia existencia, el respeto por parte de los estudiantes, es decir, la conducta práctica no coincide con lo que la teoría dicta, estas incoherencias que el estudiante percibe, son difundidas e incorporadas por la persona misma en ciertas oportunidades. Es real que algunas veces los profesores pueden aprender constructivamente de sus alumnos, pero no se puede exigir algo si

uno no lo tiene suficientemente claro, el enseñante debe ser para el alumno la principal fuente de conocimientos y habilidades.

Uno de los requerimientos epistémicos que plantea la enseñanza, más allá de lo pedagógico es que el docente debe dominar el material que va a enseñar. (Shulman, 1989).

“(...) te explica lo teórico y después arréglate (...)”

En el campo práctico la metodología de enseñanza que abordan la mayoría de los docentes, es hacia el logro de un aprendizaje mediante problemas, a través de la resolución de un caso clínico; el estudiante en el bloque teórico recibe la teoría y en la práctica debe de aplicarla, lo cual requiere razonamiento y reflexión de la situación, porque aunque pueden haber similitudes en los aspectos fisiopatológicos dados, cada caso es diferente. En el campo práctico el estudiante debe esforzarse no sólo para reproducir contenidos sino poder articularlo al caso clínico o situación que se le presenta, debe de encontrar significados e interpretarlos.

Muchas veces esta modalidad de enseñanza es vivenciada por el estudiante como algo negativo, y reaccionan con sentimientos de soledad e inseguridad, demandan mayor acompañamiento en estas situaciones por parte del docente, incluso plantean que los docentes tienen una actitud discriminativa o “cómoda”. Algunos piensan que el docente sólo cuestiona y realiza un seguimiento al que tienen mayor dificultad, encontrando a esta actitud como persecutoria, y otros dicen lo contrario que se preocupa por los estudiantes que le va bien y descuida a los que tienen dificultad.

El aprendiz debe esforzarse para dominar los conocimientos adquiridos y el maestro además de orientarlo debe darle oportunidades para aplicar sus saberes y supervisar su correcto uso (Pozo, 2005).

Muchas veces como menciona Mehan (1979) la complejidad en el aula es doble para los estudiantes. “La participación en las clases implica la integración del conocimiento académico y del conocimiento social o interaccional”. “(...) hasta en las más simples de las tareas cognitivas el aprendizaje no es un proceso pasivo en el que el estudiante incorpora representaciones verídicas de lo que se le ha enseñado”. Tiene en cuenta dos corrientes de acción que transcurren paralelamente entre el profesor y el alumno. El alumno percibe la situación que se da en el aula y a su vez la interpreta, hay una representación y una construcción de lo que se le está enseñando, esto es constantemente comparado con conceptos anteriores. Este paradigma forma parte de la investigación de la enseñanza y se relaciona con la “Cognición del alumno y la mediación de la enseñanza” (1979 citado en Shulman, 1989, pp. 41-43).

- **Situación o ubicación del docente y el alumno en el contexto hospitalario.**

Se considera el contexto donde se produce la enseñanza, dado que el aula es sinónimo de contexto. Las prácticas pre- profesionales de la carrera de Licenciatura en Enfermería se desarrollan en experiencias de la clínica.

La práctica clínica constituye uno de los escenarios donde se lleva a cabo la enseñanza de grado de las prácticas pre - profesionales que identifican a la disciplina enfermera. Es donde deben integrarse conocimientos teóricos y prácticos, y donde además, deben demostrarse las cualidades y las competencias para el ejercicio de la profesión.

En el campo práctico se conjugan una serie de actores: los estudiantes, el docente a cargo, los usuarios, su familia, profesionales de la salud y otros; la docente debe buscar el punto de integración con ellos dado que por lo general esta es ajena al ámbito clínico donde se inserta el estudiante.

Distintos autores sostienen que el “conocimiento y el aprendizaje se encuentran distribuidos a los largo de la compleja estructura de la actuación de las personas en diversos ambientes (...) No se los puede individualizar en la cabeza de las personas ni en las tareas asignadas ni en las herramientas externas ni en el medio, sino que residen en las relaciones entre ellos” (Lave, J, 2001, pp. 20 - 21).

Existen teorías que sugieren diversas perspectivas del aprendizaje y sus contextos, una de ellas hace referencia a la “actividad situada y otra se concentra en el “mundo de la interacción social”. La primera, hace sinónimo al contexto con la actividad socioculturalmente construida que comparte un grupo de personas y donde las diferencias de poder, intereses y posibilidades de acción son omnipresentes, o sea que la actividad es el propio contexto. La segunda teoría dice que para atender y dar significado a ciertas preocupaciones es necesaria la interacción social. En cuanto a esto agrega Mc. Dermott que “el contexto no es tanto algo dentro de lo cual lo colocan a uno, sino un orden de comportamiento del que uno forma parte”. Las personas que se insertan en un determinado contexto pueden ser moldeadas por este pero este no cambiará la sustancia de ellas. (1980 citado en Lave, J, 2002, pp. 30 - 32).

Otro de los paradigmas de investigación de la enseñanza que tiene en cuenta el contexto es “La ecología del aula”, Hamilton (1983) menciona los siguientes criterios en cuanto a este paradigma; interacción entre las personas y sus medios, considera a la enseñanza y el aprendizaje como proceso, considera que el contexto del aula está inserto en otros contextos, como la escuela, la familia, la comunidad, la cultura y que esto puede condicionar lo que se observa en el aula. También contempla aspectos no observables, tales como los pensamientos, actitudes y sentimientos de los participantes. (1983, Citado en Shulman, 1989).

Al analizar los discursos que hacen relación a esta sub categoría se evidencian percepciones contradictorias, algunos relatan los aspectos positivos que cada lugar ha marcado en ellos y otros resaltan situaciones negativas. Parecería que según sea el servicio y las personas que allí están apremia a sentirse confortables, seguros o lo contrario, inseguros y desanimados. Aquí es donde entran en juego las teorías del aprendizaje y sus contextos citadas anteriormente, una de ellas hace referencia a la “actividad situada y otra se concentra en el “mundo de la interacción social”.

“Los enfermeros del servicio a veces son accesibles, te ayudan, aunque a veces no los entiendo (...) se te ponen en contra, es horrible trabajar así porque trabajas bajo presión porque si moviste esto para acá está mal, como si sienten que uno los invade en vez de sentir que les va una ayuda. También en esa oportunidad ni la Licenciada del servicio, ni enfermeras ni la Dra. Jefa del servicio querían a la docente, entonces nosotros pagábamos eso”

En esta situación se establecen relaciones de poder entre el personal del servicio y estudiante que realiza su práctica. En este caso el poder es el dominio y sensación de pertenencia de un lugar determinado el cual puede ser transmitido verbal o no verbalmente. Es vivido por el estudiante como ámbito ajeno a él y lo induce en oportunidades a la desmotivación de aprender aspectos propios de la profesión, desplazarse y conocer el espacio donde está, comunicarse con el personal, lo cual influye en el aprendizaje del estudiante y en la atención que pueda brindar a los usuarios hospitalizados.

“(...) me sentí bien, cómodo, primero que me toco un servicio que me gusta medicina de hombres, estaba con dos enfermeros que me facilitaban pila las cosas y había una buena relación, le preguntábamos para hacer cosas y nos explicaba o me guiaba en cómo hacerlo, hacía que me gustara ir a la práctica”

“Sabemos que hay áreas estériles que hay que no contaminar y a veces en la práctica vemos que el personal lo hace mal, en ese sentido yo veo lo que está haciendo él y lo incorporo con mi conocimiento ideal”

Todo lo que rodea a la persona, o sea su entorno, los recursos que en él se encuentren participan en la cognición, no sólo serán utilizados como fuente de entrada de información, sino también como vehículo de pensamiento y receptor del producto final. (Salomón, G, 2001).

“Creo que tendríamos que tener más práctica de la que tenemos, porque ya estamos en tercero y hay cosas que no hicimos, no sabemos, por ejemplo, la bomba de infusión yo no la sé utilizar, la conozco pero no sé el manejo de ella, curaciones hemos visto, no hemos hecho, no se capaz en ese momento que estábamos en el servicio de cirugía, el año pasado no había paciente para hacerle, sonda nasogástrica no vimos, o sea, nos dieron el protocolo pero no nos mostraron.”

“Tuve oportunidad de colocar sonda vesical cuando tuve una usuaria en maternidad que iba a cesárea, pero como cuando pasa eso tenes que hacer todo rápido, el personal del servicio y de block quirúrgico te dice a una hora y después te piden la paciente que esté preparada antes, la docente no me dejó porque es todo rápido, a contra reloj, y además con esa profesora que tuve en maternidad no hubo onda”

Es común que en el campo práctico ante determinados procedimientos que deben ser realizados de inmediato se observe tensión y desfasaje de tiempos: el tiempo de la formación del estudiante y los tiempos que necesita el paciente para ser atendido, aun cuando estos procesos ocurren en un mismo espacio. Estos espacios imprimen sesgos a la enseñanza y al aprendizaje. El docente se encuentra sujeto a múltiples demandas, de los pacientes, familiares, personal del servicio y alumnos que requieren de su presencia para resolver determinadas situaciones que en general son vividas como necesidades ciertamente apremiantes que deben ser satisfechas. La práctica clínica es un escenario de formación que se caracteriza por su alto grado de variabilidad, impredecibilidad e inmediatez para la toma de decisiones.

REFLEXIONES

La Enfermería es la disciplina que ofrece cuidados profesionalizados al usuario, requiere conocimientos, habilidades y preparación especiales e implica un proceso completo de socialización, con mayor trascendencia de las actitudes y los aspectos sociales y de las características técnicas propias de la profesión.

La enfermería se fundamenta, o su función se caracteriza por la práctica, por lo tanto es una disciplina que además de transmitida debe ser demostrada dando sus razones, explicaciones, justificaciones y fundamentos racionales a lo que se enseña.

Según los relatos de los estudiantes, el docente en su práctica clínica cumple una función más bien dirigida a la evaluación de los aprendizajes de los estudiantes y no se involucra tanto en el proceso de enseñanza, en la demostración, en el acompañamiento que es crucial en esta disciplina. Esto es tomado como modelo para el alumno quien percibe la conducta profesional - docente en su práctica.

Existen concepciones ambivalentes sobre la buena enseñanza, algunas hacen referencia a que el docente es “fundamental y determinante” para el aprendizaje de un estudiante. A diferencia de otras profesiones y/o oficios, la “buena enseñanza” no es algo tangible que pueda mostrar claramente el producto, el resultado de forma inmediata, en torno a esto también se crean múltiples incertidumbres en los docentes que sería interesante poder indagar.

La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva pretende considerar el contexto de actuación, el cual podría determinar las decisiones durante la enseñanza, también participan las experiencias pasadas del docente, sus conocimientos actuales y su vinculación activa con la práctica.

Las estrategias de enseñanza y las prácticas docentes se encuentran dentro de las reestructuraciones que debe ir estableciendo el ámbito universitario, en relación a la academia dentro de diferentes ámbitos o contextos donde se desarrolla la práctica pre profesional.

La formación de un profesional requiere estrategias de enseñanza que lo ayuden a aprender haciendo, de esta manera el alumno participa y va desarrollándose, aquí el aprendizaje colaborativo cobra importancia, tanto en conocimientos actitudinales, comunicacionales y procedimentales; en este trabajo fue evidenciado por los discursos de los diferentes estudiantes entrevistados.

La capacitación formal pedagógica y didáctica en los docentes es fundamental, pero también la práctica docente es una construcción de cada día, siempre y cuando se aprenda de la experiencia.

Los diferentes medios de intercambiar la información así como los métodos de enseñanza son una base para la conducta de los futuros egresados. Debería existir coherencia del docente entre, su práctica, sus principios, creencias y valores con los que orienta su propia vida, puesto que al cumplir con su función docente, este debe ser auténtico y coherente entre el hacer, el sentir y el decir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

- Dabas, E. (1998). Los contextos de aprendizaje. Situaciones socio - psico - pedagógicas. 2ª ed. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires - Argentina.
- Fenstermacher, G. D (1989): Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza. En Wittrock, M. La investigación en enseñanza. Tomo I Cap. 3. Barcelona: Paidós.
- Lave, J. La práctica del aprendizaje. En: Chaiklin, S & Lave, J. (2001). Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pozo Municio, I. Aprendices y Maestros (2005). La nueva cultura del aprendizaje. Ed. Alianza. Madrid - España.
- Ropo E. Diferencias en la enseñanza de docentes de inglés: expertos y principiantes en
- Carretero M. (1998) Procesos de enseñanza y aprendizaje Buenos Aires: Aique.
- Salomón, G. (2001). Cogniciones distribuidas. Buenos Aires. Amorrortu
- Shulman, L. S (1989): Paradigmas y Programas de investigación en el estudio de la enseñanza: Una perspectiva contemporánea. En: Wittrock, M. La investigación en enseñanza. Tomo I. Cap. I. Barcelona: Paidós.
- Vigotsky, L. (2000). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Ed. Crítica. España - Barcelona.
- Wasesermann S. (1999) El estudio de casos como método de enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Woods P. (1997). Experiencias críticas en la enseñanza y el aprendizaje. Barcelona: Paidós

Web gráfica

- Dámaris Díaz, H (1999). La didáctica universitaria: Referencia imprescindible para una enseñanza de calidad. En: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1224326868.pdf (Fecha de última consulta: 17/08/12)
- Medina Moya, J.L (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. En: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a14v15n2.pdf> (Fecha de última consulta: 17/08/12)
- Palencia, E (2006). Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días. Universidad de Antioquia/Facultad de Enfermería/investigación y Educación en Enfermería/Medellin. Vol XXIV N° 2. En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105215402013> (Fecha de última consulta: 17/08/12)



Abandono estudiantil al inicio de carreras
de grado en un Centro Regional de la
Universidad de la República



Prof. (S). Mg. Teresita Ghizzoni

Abandono estudiantil al inicio de carreras de grado en un Centro Regional de la Universidad de la República.

Prof. (S) Mg. Teresita Ghizzoni

RESUMEN

El presente estudio aborda el problema del abandono estudiantil temprano en un Centro Regional de la Universidad de la República.

La investigación se realizó desde un abordaje de triangulación metodológica que integró métodos cuantitativos y cualitativos. Se llevó a cabo una exploración previa con revisión documental y entrevista para delimitar el universo de estudiantes que abandonaron y la unidad de análisis. Se realizó una encuesta telefónica a estudiantes donde se obtuvo una muestra no probabilística 123 casos y se efectuaron entrevistas en profundidad a catorce informantes calificados para conocer las percepciones y valoraciones sobre el abandono, las políticas de retención y la implementación de los programas centrales de apoyo al ingreso a la Universidad.

De los hallazgos surge que existe un abandono similar a estudios realizados en Montevideo, pero éste se presenta con mayor incidencia en las nuevas carreras y modalidades de estudio relevadas. Los universitarios que abandonan son los más jóvenes, seguidos por estudiantes extra edad. Son en su mayoría solteros y el nivel económico es medio alto. Los principales motivos de abandono fueron los relacionados con el trabajo y con la organización y estructura de los cursos, específicamente la intensidad de la carga horaria y los horarios dispersos en varios turnos.

Desde la visión docente y de los actores relevantes a nivel central, surge una valoración negativa en cuanto a las competencias académicas previas con las que llega el estudiante y el grado de “madurez” para afrontar el trayecto de aprendizaje pero también surge en los relatos, un elemento estructural institucional y de los nuevos cursos como determinantes de abandono. Los estudiantes, en promedio, mencionan como principal motivo de inscripción a la carrera lo vocacional y tienen una valoración positiva sobre su preparación académica previa y el nivel requerido para cursar estudios superiores.

A pesar de las dificultades percibidas por los docentes, surge de la encuesta la casi nula implementación del programa de tutorías en la población analizada ya que el 98 % de los estudiantes manifestó no haber tenido apoyo.

Respecto a este último punto, de las entrevistas surge que si bien existe un seguimiento y acompañamiento puntual de estudiantes con dificultades, este se limita a voluntades particulares de docentes en las diferentes carreras, los programas centrales de apoyo al aprendizaje son escasos y dificultosos aunque existen propuestas desde los niveles de gestión de las políticas de descentralización de valorar y trabajar específicamente las dificultades de aprendizaje.

Palabras clave: Abandono temprano, estudiantes, descentralización, Universidad.

INTRODUCCION

El acceso, permanencia y egreso de los sistemas educativos representan dimensiones y problemas centrales en el actual debate académico sobre las políticas educativas en educación superior.

El análisis de la matrícula de acceso, acreditación, supervivencia y titulación universitaria resulta de interés para el diseño de políticas y programas de mejora. El fenómeno del abandono de los estudiantes universitarios, constituye el foco de nuevas líneas de investigación promovidas por organismos internacionales como la UNESCO (IESALC, 2006), la Comunidad Europea (Proyecto ALFA GUIA 2013, 2014,) y el interés de un número cada vez mayor de académicos e investigadores preocupados por comprender este problema. Varios estudios nacionales coinciden en advertir que en el trayecto hacia la titulación, el primer año y la transición del primero al segundo año, son los momentos críticos para que se produzca el abandono universitario (Fernández, 2010, Diconca, 2011, Carabajal, 2013, Fiori, 2012).

Si bien existen diferentes definiciones y conceptos a nivel bibliográfico para abordar este tema: deserción, desafiliación, abandono, desvinculación, rezago, ausentismo, son por lo general los términos utilizados. No es fácil identificar una definición clara y precisa del concepto. En las primeras investigaciones se ha utilizado el término *drop out* que significa abandono y es introducido en las investigaciones realizadas en Estados Unidos entre los años 60 al 65 por la oficina de educación de Washington y fue seguido por Vincent Tinto en sus investigaciones de los años 1973; 1978; 1989. Es una decisión institucional o personal que afecta el desarrollo esperado de una fase educativa previamente diseñada y ofrecida por una Institución. Pero es también un fenómeno social en tanto las diferentes esferas de interacción pueden constituirse en un factor desencadenante. Las diferentes definiciones referidas al abandono, expresan una interrupción del trayecto educativo que puede ser voluntaria o no, en la cual el estudiante que se inscribió no registra actividad en el tiempo. *“Es posible considerar como desertor a aquel individuo que siendo estudiante de una institución de educación superior no presenta actividad académica durante tres semestres académicos consecutivos.”* (Castaño, 2004, p.4) Este periodo de tiempo se denomina primera deserción (first drop-out), o deserción temprana, ya que es difícil determinar si luego del transcurso de este periodo el individuo retomará o no sus estudios o si tomara la decisión de iniciar otra carrera dentro del mismo servicio o dentro de otra facultad. (Castaño, 2004). Los motivos o

determinantes de abandono que surgen de las investigaciones son múltiples y variados, lo que hace más difícil su estudio, pero de acuerdo a los diferentes autores se pueden agrupar en individuales, académicos, institucionales y socioeconómicos. Las investigaciones han generado un marco teórico con diferentes enfoques, los que menciona la literatura son de *integración*: Entiende el abandono desde la relación estudiante y contexto universitario, el desequilibrio, la insuficiente integración debilitamiento de las expectativas; *estructural*: Define el abandono desde la perspectiva de una contradicción entre los subsistemas político, económico y social que hace que el estudiante abandone; *economicista*: Entiende el abandono como una alternativa que elige el estudiante entre los costos de permanecer en la universidad y el tiempo, energía y recursos invertidos en beneficios mayores en el futuro.

La importancia de investigar este tema y cómo se comporta en territorio, surge al no encontrarse investigaciones sobre abandono general en esta región. Se sustenta además en las políticas descentralizadoras tendientes a cumplir con el principio de equidad y de inclusión de aquellas poblaciones que no pueden acceder a la Educación Superior por temas geográficos o económicos, en una región con mayor trayectoria histórica de descentralización, así como la tendencia creciente de matriculación de estudiantes en los últimos años.

El no conocer la situación de abandono estudiantil en el primer y segundo año de estudios de carreras de grado en el Centro Universitario Salto, nos llevó a proponernos como objetivo: **comprender y explicar el abandono de los estudiantes en los tres primeros semestres de ingreso a las carreras de grado en el Centro Universitario Salto del Centro Universitario Regional Litoral Norte de la Udelar**

METODOLOGIA

El estudio se desarrolló en un Centro Universitario de la Universidad de la República, institución de educación terciaria pública. Procuró conocer las causas y las perspectivas sobre el abandono temprano de los estudiantes de la cohorte 2013 en los tres primeros semestres en dos tipos de propuestas curriculares: carreras tradicionales de tres macro áreas, ciencias de la salud, ciencias sociales y artísticas y tecnología y ciencias de la naturaleza y el hábitat y las nuevas modalidades de estudio y de cursado los Ciclos Iniciales Optativos (CIO). Se analizaron las características socio demográfico de los estudiantes que abandonaron, los motivos principales que determinaron el abandono y las concepciones que tienen las autoridades universitarias a nivel central, integrantes de las Unidades de Apoyo a la Enseñanza (UAE), coordinadores de carrera de servicios seleccionados de las tres macro áreas.

El análisis del abandono o deserción universitaria requiere de un abordaje complejo, multidimensional. En esta investigación se optó por una triangulación de métodos y técnicas, aplicando lo que Glaser y Strauss (1987) denominan “corte de datos” como estrategia de validación cruzada, credibilidad, y reducción del sesgo. Se realizó un muestreo teórico para realizar 14 entrevistas en profundidad a docentes coordinadores de carrera,

integrantes de las Unidades de Enseñanza y autoridades centrales de la CSE y la CCI.

Se efectuaron además tres entrevistas a personal del departamento de Educación (Bedelía) del centro universitario de Salto para definir la población a observar. El estudio requirió del análisis del registro caso a caso (en muchas ocasiones se procesó manualmente la información estudiando la ficha individual del estudiante). Se consideró para el estudio un total de siete carreras universitarias (Enfermería, Odontología, Agronomía, Veterinaria, Derecho, Diseño y Ciencias Sociales) y dos cursos de CIO (CT y AS).

Este procedimiento permitió identificar un universo de 303 estudiantes de la región norte del país (departamentos de Salto, Paysandú, Artigas Tacuarembó, Rivera, Rio negro), inscritos en el año 2013 y que abandonaron sus estudios en los primeros tres semestres, representando un 31% de la población total inscrita a esas carreras. Luego de depurar el padrón (en la medida de que varios de los registros telefónicos y datos personales habían cambiado) se aplicó una encuesta telefónica entre los meses de marzo 2015 y mayo de 2015, recogiéndose datos de 123 estudiantes.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Caracterización del abandono

El Universo de estudiantes que abandono representa 303 estudiantes, como se representa en el siguiente cuadro Estos pertenecen a la cohorte 2013 y a las facultades y cursos que fueron definidos metodológicamente Este número de estudiantes representa un 31% aproximado de abandono sobre el total de Inscritos de este año Podemos decir que el abandono de estudiantes en el CUS se comporta en forma similar que en los estudios realizados a nivel Nacional y estudios de Montevideo que oscilan entre un 30 un 38%, como Diconca (2011), Boado (2007) y Fiori (2014).

Macro área	Facultad	Inscritos por Facultad de acuerdo a cuadro elaborado por departamento de educación	Inscritos por Facultad reales según SGB (revisión documental)	Total de estudiantes que abandonaron por Facultad	
Ciencias de la salud	Enfermería	64	63	15	23,80%
	Odontología	28	28	10	35,71%
Ciencias sociales y artística	Ciencias sociales	92	101	29	28,71%
	Derecho	126	121	26	21,48%
Tecnologías y ciencias de la naturaleza y el hábitat	Agronomía	104	104	14	13,46%
	Veterinaria	82	83	17	20,48%
	Arquitectura	60	57	29	50,87%
Ciclos Iniciales Optativos	Cio área social	390	383	148	38,64%
	Cio científico tecnológico	31	43	15	34,88%
TOTAL			983	303	30,82%

Cuadro Nº1 Estudiantes inscritos y abandono estudiantil por Facultades en ingreso 2013
 Elaboración Propia. Fuente: Revisión documental en Departamento de Educación.
 Escolaridades de estudiantes en Soporte de datos electrónico del Sistema General de Bedelía
 y soporte papel en caso de Facultad de Agronomía

Luego de aplicar la encuesta se obtuvo una muestra no probabilista de 123 casos. Podemos observar en el gráfico N°1 que el mayor porcentaje de abandono se mantiene en los ciclos iniciales optativos, seguido por el área tecnologías y ciencias de la naturaleza y el hábitat, donde incide el abandono en licenciatura en Diseño Integrado. En un estudio de abandono de los CIO Rocha el 66,7% de los estudiantes encuestados abandonó. El 72% correspondía a CIO social de acuerdo a Rodríguez (2010), dato importante que supera el abandono de los CIO de nuestro estudio.

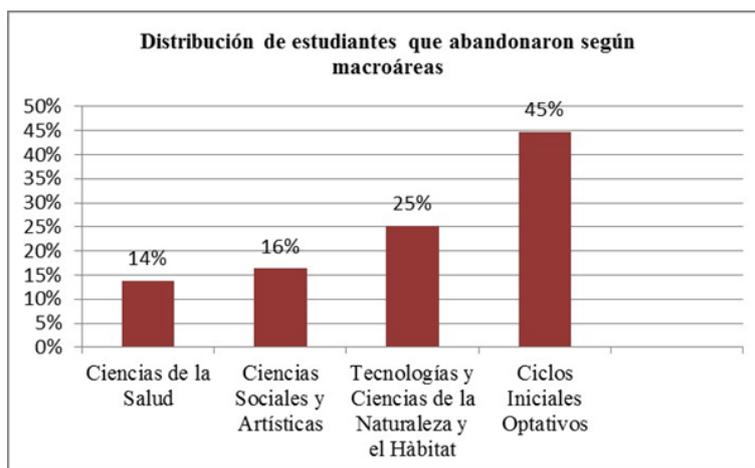


Gráfico N° 1. Distribución de estudiantes que abandonaron según macro áreas.
 . Fuente: Elaboración propia. (n: 123)

El porcentaje mayor de estudiantes, 44%, abandonó luego de inscribirse y haber asistido a clases pero no llegó a rendir parciales. Esta situación también es corroborada y percibida por los docentes como en este caso que expresa: “entonces entre el número de inscriptos y los que dieron el primer parcial, hay un número importante de gente que no hizo nada, que no vino, o que vino unos pocos días y abandono, y nosotros consideramos ese número que es el número exacto que tenemos como el primer escalón de abandono, que es el más grande” (ECT: 63-67). El momento de ingreso desde la perspectiva individual es un factor importante, las primeras experiencias del individuo y de su tránsito en la Udelar son relevantes, ya que el sujeto hace un balance entre su proyecto de vida y su adecuación y expectativas con la realidad que se enfrenta. Aguilar Rivera. (2007). La Institución Universidad determina en el sujeto una adecuación, y puesta en marcha de mecanismos de adaptación a un nuevo contexto como expresa Fernández (1994) ya que “Una institución es en principio un objeto cultural que expresa cierta cuota de poder social... la institución expresa la posibilidad de lo grupal o colectivo para regular el comportamiento individual.” (p. 1)

Características sociodemográficas

De la encuesta realizada, encontramos que la población que abandonó sus estudios son los más jóvenes, entre 17 y 20 años en un 40%, lo que difiere con los estudios a nivel nacional como Diconca (2006). Existe una feminización del abandono con un 68% de mujeres que abandonaron, similar a datos

nacionales. Dos de cada tres estudiantes son solteros. Dentro de su origen socio cultural, el nivel educativo alcanzado por los padres es nivel medio, es una variable importante que aparece como determinante de abandono en estudios de autores como Tinto o Spady, (Velázquez 2003) y el nivel económico familiar en la mayoría (62%) es igual o superior a dos salarios mínimos. El 60% de los estudiantes se encontraba estudiando al momento de inscribirse en el primer año en su mayoría mujeres con extra edad en una proporción de una mujer de edad típica cada tres mujeres mayores de 25 años que trabajaba. Podemos afirmar que esta situación es propia de esta región ya que en las investigaciones de Custodio (2006) y Fiori (2014) los hombres de extra edad son los que prevalecen.

Características académicas pre ingreso a la Udelar

Las características académicas previas. Estas son las que hacen a una construcción de un vínculo pedagógico y una mejor inserción en los trayectos curriculares de aquellas carreras a las cuales el estudiante opta al momento de inscribirse. Estas características interaccionan con lo que luego sucede dentro de la Institución y estimulan la capacidad del estudiante de generar aprendizajes efectivos para quedarse en la Udelar. Para Santiviago (2011) la afiliación intelectual requiere un dominio de conceptos, discursos, categorizaciones y prácticas que son parte del trabajo intelectual en la educación universitaria. En este sentido poco más de la mitad de la población que abandonó (55%) afirmó que el aporte de conocimientos recibido en la educación media fue suficiente para comenzar la carrera. No obstante uno de cada dos estudiantes valoró en forma indiferente o negativa su formación previa para cursar. En cuanto a la afinidad por la carrera a seguir un poco más de la mitad de los estudiantes ya sabían qué carrera seguirían al culminar el bachillerato, aunque no es menos significativo el número de estudiantes que aún no tenían una perspectiva clara sobre la carrera a cursar. El motivo que los llevo a elegir la carrera fue la vocacional en un 72% datos similares al estudio de Custodio (2006).

Condicionantes Académicas e Institucionales pos ingreso

Un porcentaje importante de la población de estudio valora en forma positiva la claridad de la información recibida sobre la carrera a cursar, lo que es corroborado en la entrevista con los docentes: "...se coordina al principio en la primeras semanas en los primeros 10 días de comienzo de los cursos se coordina con al UAE, y el estudiante se trabaja con todo lo que es la Universidad, se trabaja con las diferentes áreas, se hace una orientación a los diferentes servicios de la sede" (EC1.1:138-140). La interacción académica como sugiere Gutiérrez (2012) es un enlace, cumple la función "filiadora" que tiene la educación con lo social; "permite un lazo lo que habilita a comprender al vínculo educativo como una forma de expresión del vínculo social." (p. 89) Los estudiantes que abandonaron realizaron una valoración positiva hacia la facilidad del trayecto curricular, aunque un 50% hicieron una valoración neutra o no acordaron con la facilidad que brinda la forma de cursar y acreditación, por lo que sugiere que una proporción importante de estudiantes presento dificultades en su trayecto. La comprensión de las

materias fue valorada como positiva en un 60% de los estudiantes. Analizando estos datos, se estaría estableciendo en cierta forma un elemento en la estructuración de los cursos que les resulta dificultoso. El 20 % recibió beca de apoyo económico. Solo 3 estudiantes tuvieron Tutor de Pares y un estudiante Tutor Docente. Los docentes son las figuras preponderantes en la función integradora al contexto universitario. A decir de Gutiérrez (2012), tienen dentro del sistema Udelar una función “filiadora” de lo educativo con lo social; permiten un lazo que habilita el vínculo educativo como una forma de expresión del vínculo social. Son referentes fundamentales ya que son quienes sostienen la posibilidad del encuentro del sujeto educativo con el “saber” de acuerdo a lo que expresa Gutiérrez (2012). Las valoraciones que realizaron los estudiantes sobre la integración a la carrera en relación a la relación con los docentes presento una tendencia de más valoraciones neutras y negativas. Esto podría estar expresando que no existió una interacción docente estudiante efectiva o que, si existió, el estudiante no lo pudo percibir como elemento integrador a la carrera. Con respecto a las razones del abandono temprano, la encuesta estudiantil confirma que las causas son económicas y laborales (52%) fundamentalmente relacionadas con el trabajo del estudiante y con carencias económicas derivadas del costo de los estudios. En segundo orden se constató la existencia de razones académicas (43 %) relacionadas con horarios de clase, dificultades con la organización horaria, carencia de salones, mucha carga horaria, falta de docentes. Un tercer grupo de razones se relacionan con causas personales (salud, embarazo) y pérdida de motivación (5%). Cuando preguntamos a los estudiantes si continuaban estudiando, prácticamente la mitad de los estudiantes respondieron afirmativamente y de ellos, el tramo de edad que presento más abandono es el que continua estudiando (48%), pero en su mayoría lo hacen fuera de la Udelar.

Considerando las entrevistas a informantes calificados los docentes y coordinadores académicos centran como causa principal de abandono la dimensión individual, formación previa del estudiante y un grado de desinterés o como lo expresan de madurez para afrontar el estudio. El hecho de estar inscriptos en otras carreras es visto como una desorientación al ingreso a la Universidad a lo que se agregan los trayectos flexibles de cursado y las nuevas modalidades que es visto por algunos docentes como factor que incide en el abandono temprano. Con relación a las propuestas de mejora para abatir el abandono temprano, los docentes y coordinadores consultados coinciden en destacar al programa de Tutorías como la principal estrategia institucional. En algunos casos los entrevistados mencionan la necesidad de instrumentar y apoyar la propuesta de talleres de lecto- escritura a nivel central de la Universidad.

Síntesis de interpretación de los hallazgos

El abandono temprano en esta región, tuvo una expresión cuantitativa con cifras próximas al 31% en los estudiantes encuestados de la cohorte 2013, hallazgo similar a las investigaciones a nivel nacional que muestran entre 30% (Boado, 2013) y 38% (Fiori 2014). Si observamos el abandono por macro

áreas y cursos, éste se produjo mayoritariamente en las nuevas modalidades de estudio, los CIO con más de 35% y la nueva carrera de Licenciatura en Diseño Integrado que supera el 50%.

Desde las políticas de inclusión geográfica y social instrumentadas por la Udelar, el problema tiene gran relevancia, al ser trayectos educativos propuestos para disminuir las brechas de inequidad social y favorecer la inclusión en la formación Universitaria. (PLEDUR, 2005). Cifras similares de abandono se presentan en el CIO del CURE Rocha, lo que ameritaría realizar una investigación exhaustiva de estos trayectos para conocer qué elementos están incidiendo en el abandono temprano de los estudiantes.

Desde los relatos docentes y de las autoridades, surgen dos posicionamientos bien claros respecto a los motivos que podrían estar incidiendo en el abandono de estos trayectos y carreras. Por un lado, aluden al aumento de la indefinición del estudiante por una carrera lo que centraría el problema en motivos individuales y estructurales

“yo creo que esos planes de trayectoria sugerida, también hacen en cierta forma perder el sentido profesional, digamos si tu tenés estudiantes de otras profesiones y podés tomar en otra carrera, tenés otro contacto, porque la idea es que el estudiante vaya viendo su trayectoria y optando, también contribuye a esa falta de noción que tiene el estudiante sobre todo a la entrada, donde se desdibuja bastante el perfil de la carrera” (EC7:301-305) creo que es más bien que los cambios culturales necesitan más tiempo de internalización, vos vas y decís abogacía y es abogacía, y vos vas y decís ciencias hídricas y de repente ni lo escuchas, porque no podés registrarlo hasta que estás acá adentro” (EU1: 367-369).

Por otro lado, se refieren a las competencias para el cursado, dándole énfasis a la composición previa de conocimientos que traen los estudiantes y su compromiso con el estudio:

“en nuestra carrera son carreras que implican un grado de lectura importante por ser una carrera de las áreas humanísticas y el estudiante no viene preparado para eso porque no leen, tienen deficiencia en escritura, de todo tipo en redacción, mi materia yo lo veo año a año y se ha ido agudizando”(EC7:224-226). “Esa es la razón que encontramos más fuerte, o más veces repetida, la dificultad en su formación previa, que impiden que sigan estudiando, que sean exitosos en esta elección no.” (EC8: 125-128) “mayor el fracaso en matemática es mayor la frustración de los estudiantes en matemática, mayor el desincentivo y en consecuencia es más alto el riesgo de abandonar el primer año “(EA1: 118-120)

“que lo hablamos con ellos y ellos dicen que lo que más les cuesta es asumir que tienen que ellos buscar, ellos tienen que poner la iniciativa de donde ir a leer y además de leer el que no se lo dirija hacia donde específicamente está la respuesta de lo que tienen que saber lo dificulta “(EC1.1 : 216-219)

Estas visiones docentes, se contraponen en cierta medida con los hallazgos de la encuesta, ya que en sus percepciones valorativas, más de la mitad de la

población que abandonó afirma que el aporte de conocimientos recibido en la educación media fue suficiente para comenzar la carrera. No obstante, uno de cada dos estudiantes valora en forma indiferente o negativa su formación previa para cursar. Para Santivieja (2011), la afiliación intelectual requiere un dominio de conceptos, discursos, categorizaciones y prácticas que son parte del trabajo intelectual en la educación universitaria.

En cuanto al aspecto vocacional hacia la carrera, un poco más de la mitad de los estudiantes (55%), ya sabían qué carrera seguirían al culminar el bachillerato, aunque no es menos significativo, el 45% de estudiantes que aún no tenían una perspectiva clara sobre la carrera a cursar. Estos datos, estarían orientando a que existen otros motivos que influyen en el estudiante para que abandone. En la encuesta, los motivos de abandono que surgen con mayor fuerza son la condición de estudiante trabajador, un 60% de la población que abandonó trabajaba al inscribirse o comenzó a trabajar en el transcurso de ese año. Esta característica, es similar a todos los estudiantes de la Udelar (Censo, 2012), con un rasgo propio para esta región; las que trabajan son en su mayoría mujeres con extra edad. En segundo lugar y en igual frecuencia, manifestaron que la organización y estructura de los cursos y el factor económico en casi un 25% fueron motivos para abandonar. Con una diferencia de casi un punto porcentual por debajo, encontramos los horarios en todo el día.

La situación ocupacional, es el factor individual con mayor peso al momento de determinar el abandono de los estudios universitarios. Dentro de las investigaciones, se lo ha referido como determinante individual que afecta la integración social como refiere Díaz Peralta (2008). Si bien es el factor que se manifiesta en mayor proporción, surgen motivos importantes desde la Institución; la estructura y organización de los cursos y los horarios todo el día, son elementos que inciden y que se corroboran en los relatos docentes. Díaz Peralta (2008) refiere que la integración académica puede ser afectada por las características pre- universitarias y las características institucionales.

La organización curricular en la mayoría de las carreras es compleja y rígida, contraponiéndose a las orientaciones del PLEDUR de la Udelar, que incorpora la flexibilización curricular como elemento de inclusión y retención del estudiante:

“hay sistema de previaturas, en muchas las asignaturas hay un sistema de previaturas, en general por ejemplo, son de curso a curso, si apruebas el curso de algebra uno apruebas el curso de algebra dos... Si no apruebas ese curso, algebra dos no lo puedes hacer. ” (EC8: 36-40). “Las asignaturas integradas, lo que tienen es que la práctica es obligatoria, necesaria para poder cursar la siguiente integrada inclusive luego para el pasaje de ciclo y para continuar a otro año.”(EC1.1:13-15) “tiene una concentración de asignaturas muy importante y que muchas veces esa concentración y el corto tiempo que tiene cada asignatura, muchas veces no permite que el docente pueda trabajar esa” (EC1.1:184-186).) “hay asignaturas que aún siguen viajando docentes de Montevideo que tienen una gran concentración horaria

en un solo día a veces son clases de 4 o 5 horas, entonces venir a clase para el estudiante que trabaja se le complica”.(EC6:280-282)

De los relatos docentes, se desprende una percepción de la situación laboral del estudiante y la dificultad que presenta para seguir su trayectoria académica, pero luego en las medidas de retención que proponen, no se expresa la utilización de recursos disponibles en la Udelar. La semipresencialidad a través del Espacio Virtual de Aprendizaje y otras medidas que flexibilicen el cursado, podrían estar siendo implementadas como forma de retención de los estudiantes. Díaz Peralta (2008) en su modelo de grado de motivación, señala que el nivel de motivación cambia en el transcurso de los años de estudio, y lo relaciona a la integración académica y la integración social. La integración académica, se ve afectada por características institucionales e individuales, y en este caso están afectando la permanencia del estudiante en el CUS. Por otro lado, la integración social puede ser un factor que también esté incidiendo. Si observamos los datos de la encuesta, el estudiante no contó con el apoyo de tutores pares y escasamente con tutores docentes. En relación a la interacción docente como favorecedora de la integración a la Institución, un 42% de las valoraciones fueron neutras. Esto podría estar expresando que no existió una interacción docente estudiante efectiva, o que si existió, el estudiante no lo pudo percibir como elemento integrador a la carrera.

Los docentes son las figuras preponderantes en la función integradora al contexto universitario, tienen dentro del sistema Udelar una función “filiadora” de lo educativo con lo social; permiten un lazo que habilita el vínculo educativo como una forma de expresión del vínculo social. Son referentes fundamentales ya que son quienes sostienen la posibilidad del encuentro del sujeto educativo con el “saber”, de acuerdo a lo que expresa Gutiérrez (2012).

Como elemento que profundiza en la explicación del factor Institucional como motivo de abandono de esta población, se desprende de la encuesta, que el 52% de los estudiantes persisten en el estudio. Prácticamente la mitad de ellos pertenecen al grupo de 17 a 20 años que fue el que se presentó con mayor porcentaje de abandono, seguido por el grupo de 21 a 25 años. Como dato que corrobora esta explicación, se observa que el estudiante de edad ajustada al ideal teórico sobre la edad de una población universitaria (18 a 24 años según UNESCO), que se presentan como los que más abandonaron pero que persistieron, se encuentran estudiando en el nivel en Terciario no Universitario y en Instituciones Privadas en un 60%

Si bien, Gutiérrez (2012) plantea que luego de los primeros meses de comenzar el estudio “los estudiantes universitarios trasiegan por la UR. Van, vienen, vuelven, cambian de Facultad, pero pueden quedarse” (p. 122), en la población estudiada del CUS, esto no se manifestó como una constante.

De la encuesta, surge un factor importante que orienta a considerar la no persistencia del estudiante dentro del CUS y genera un mayor riesgo de abandono del espacio universitario, es el momento en que se produce el

abandono. El porcentaje mayor de estudiantes, 44%, abandonó luego de inscribirse y haber asistido a clases pero no llegó a rendir parciales. El abandono antes de las primeras 6 semanas es un factor que incide para que el estudiante no retorne a la Universidad. Los docentes perciben también este momento como el de mayor incidencia de pérdida de estudiantes:

“dan el primer parcial, de los 200 y pico 180 o 150, ya perdimos y ese primer parcial, ponele que tienen nota entre 3 y 12, 60, 70,,o sea que ya perdimos, por eso te digo, y la deserción llega a más del 50% en el semestre.”(EC 7: 143-145)”Y bueno esa primera etapa, hasta el primer parcial, o sea entre que se inscriben y vienen al primer parcial, es una etapa donde la mayor cantidad de estudiantes, no se presentan.” (EC8: 68-70)

Es de suma importancia el conocimiento que tenga el docente del trayecto del estudiante desde su ingreso, ya que lo habilita a instrumentar posibles mecanismos de retención e inclusión. Pero tendría mayor peso, si se pudieran instrumentar mecanismos de seguimiento de abandono estudiantil a través de políticas Institucionales con recursos genuinos que garantizaran su implementación. De lo contrario, el seguimiento queda supeditado a voluntarismos y motivaciones docentes, muy válidas, pero que no se pueden sostener en el tiempo, generando pérdidas sociales y económicas a los estudiantes y su familia. El abandono, constituye uno de los indicadores sobre la capacidad de gestión universitaria en un mundo educativo más complejo y de altas exigencias sobre el cuidado de los bienes públicos (Giraldo, U. et al. 2005).

CONCLUSION

El examen de los datos y comparación de evidencias recogidas por los dos métodos utilizados nos permite concluir que la información cuantitativa y cualitativa recolectada presenta matices y valoraciones diferentes sobre el abandono estudiantil temprano en función del estamento o subgrupo universitario analizado. Los docentes y coordinadores académicos visualizan causas centradas en el estudiante y en su formación previa que impiden la continuidad de los estudios universitarios. Los estudiantes encuestados manifiestan un factor laboral, y coinciden con las manifestaciones en los entrevistados que existen variables académicas y de organización institucional que explicarían el abandono. Los programas de intervención a nivel central (tutorías de pares y tutorías docentes) prácticamente no fueron aplicados en el universo de estudiantes considerado. Los datos sugieren que es necesario continuar profundizando este tipo de estudios para conocer en profundidad las razones de mayor abandono en las nuevas modalidades de cursado y el perfil socio académico de los estudiantes que abandonan de forma temprana. Pensar nuevas estrategias de atención, retención y mejora en la continuidad, transición y egreso en la formación superior. Un posible camino para avanzar es generar nuevas evidencias y estudios de trayectorias en educación superior a partir de contemplar la perspectiva del estudiante universitario en el 1er año de la Universidad, considerando la realización de entrevistas en profundidad, estudios de cohorte y diseños mixtos de

investigación social que consideren la organización y la puesta en práctica de focus group.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abrita, G. (2007). Noción y estructura del dato. Accedido el 30 de noviembre 2014. Desde: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/comunicacion/teoricos/abrta.htm>
- Aguilar Rivera, M. (2007, Mayor). La transición a la vida universitaria Éxito, Fracaso, Cambio y Abandono. Artículo presentado en IV Encuentro Nacional de Docentes Universitarios Católicos Buenos Aires. República Argentina.
- Alzina, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid. Editorial La Muralla.
- Anguera, M. (1986) Investigación Cualitativa, *Educación*, (1), 23-50.
- Boado, M, & Custodio L. (2011) *La deserción estudiantil Universitaria en la Udelar y en el Uruguay, 1997 y 2006*. Recuperado de: www.csic.edu.uy/renderResource/index/resourceId/22672/siteId/3
- Boado, M. (2005). Una aproximación a la deserción estudiantil universitaria en Uruguay. Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe, Montevideo. (pp 10-24) UNESCO.
- Brunner, J. J. (2011). Ferrada, r. (eds.)(2011). *Educación Superior en Iberoamérica. Informe 2011*.
- Cabrera, L., Tomás, J., Álvarez, P. & González, M. (2006). El problema del abandono de los estudios universitarios .*RELIEVE*, 12(2)71-203. http://www.uv.es/RELIEVE/v12n2/RELIEVEv12n2_1eng.htm
- Carbajal, S, (2012). La permanencia del estudiante durante el año de ingreso a la Universidad de la República. Una construcción colectiva. *Intercambios*, 1(1), Accedido el 4 de agosto de 2014, desde <http://intercambios.cse.edu.uy>.
- Castaño, E., Gallón, S., Gómez, K., & Vásquez, J., (2004).Deserción estudiantil universitaria: una aplicación de modelos de duración Universidad de Antioquia. Colombia. *Lecturas de Economía*, (60), 39-65. Accedido el 3 de octubre 2014, desde [ttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155217798002](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155217798002)
- Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA) - Universia, (2011). *Educación Superior en Iberoamérica - Informe 2011*
- Comisión Académica de Grado, CSE. (Marzo 2014) *Evaluación Ciclos Iniciales Optativos*. Accedido el 28 de diciembre de 2014, desde www.cci.edu.uy/sites/default/files/Anexo%20XII.pdf.
- Custodio, S. L. (2006) Caracterización de los desertores de Udelar: desde la inversión y el consumo hacia la exclusión académica y la deserción voluntaria. Accedido el 21 d agosto de 2014, desde http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320770009_3362.pdf
- De Fanelli, A. (2005). *Acceso, abandono y graduación en la educación superior argentina*. . Recuperado de Gestión universitaria integral del Abandono:

http://www.alfaguia.org/alfaguiaiv2/busqueda_general.php?lista=pa
[is](#)

- De los Ríos, D. & Canales, A. (2007). Factores explicativos de la deserción universitaria. *Calidad en la Educación*, (26), 173-201.
- De los Santos, E. (2004). Los procesos de permanencia y abandono escolar en educación superior. *Revista Iberoamericana de Educación*, 3(12), 1-7.
- Díaz Peralta, C. (2008). Modelo Conceptual para la Deserción Estudiantil Universitaria Chilena. *Estudios Pedagógicos XXXIV*, (2) 65 - 86.
- Diconca, B., Dos Santos, S., & Egaña, A. (2011). Desvinculación estudiantil al inicio de una carrera universitaria. Recuperado de <http://www.libreroonline.com/uruguay/libros/17929/dos-santos-soledad-egana-ana/desvinculacion-estudiantil-al-inicio-de-una-carrera-universitaria.html>
- Fernández .T (2014, Octubre). La política de descentralización de la Universidad de la República (2007-2014): siete componentes y dos orientaciones subyacentes. Artículo presentado en V Congreso de la Asociación Uruguaya de Ciencia Política (AUCIP) Montevideo. Uruguay.
- Fernández, L. (1994) *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Bs. As. Paidós.
- Fernández, T. (2010) *La desafiliación en la Educación Media y Superior del Uruguay: conceptos, estudios y políticas*. Montevideo. Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de temas de Interés General
- Fernández, T., Ríos González, A (Eds.). (2014). *El tránsito entre ciclos en la Educación Media y Superior de Uruguay*. Montevideo. Colección Art.2.
- Fiori,N; Ramírez, R (2014). Desafiliación en la Udelar 2007-2012: trayectorias y perfiles. *InterCambios*, 2, (1).
- González (2005). *Repitencia y deserción universitaria en América Latina. Informe 2000-2005*.
- Gutiérrez, A. (2012). *Lazo con la Universidad: investigación biográfico-narrativa de estudiantes universitarios: estudio de caso* (Tesis de maestría, Universidad de la Republica) <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/2653?mode=ful>.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill.
- Ibáñez, J., (2003) “Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas”, en García Ferrando, M.; Ibáñez, J. & Alvira, F. (comp.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social*, (pp. 57-98). Accedido el 12 de mayo de 2015, desde <https://www.uned.es/611087/tema%202%20a.doc>.
- Jung, E. (Ed.). (2013). *Antecedentes históricos de la Universidad en el interior del país (1973-2007)*. Montevideo. Universidad de la Republica
- López, N., Salcedo, A., Casaravilla, A., & Diconca, B. (2013) Percepción social del abandono en Latinoamérica y España. *Gestión*

- Universitaria Integral del Abandono. Accedido el 16 de octubre 2014, desde www.alfaguia.org/www-alfa/images/resultados/ebook/guia.pdf
- Navarrete, J. (2000). El muestro en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales* .4(5),166-170.
- Núñez, V. (coord.). (2002). *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Olave, G., Rojas, I., & Cisneros, M. (2014). Deserción universitaria y alfabetización académica. *Educación y Educadores*, 16(3).
- Pérez, G. (2007) *Desafíos de la investigación cualitativa* Accedido el 23 de Febrero de 2015, desde http://www.rmm.cl/usuarios/pponce/doc/200711151514230.6conferencia_gloria_perez_serrano.pdf.
- Pole, K. (2009) "Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas". *Reglones*, (60). Accedido el 30 de Enero de 2015, desde http://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/252/katrhyrn_pole.pdf?sequence=2
- Proyecto Alfa III, Gestión Universitaria Integral del Abandono, (2013). *Marco Conceptual sobre el abandono. Hacia la construcción colectiva de un marco conceptual para analizar, predecir, evaluar y atender el abandono estudiantil en la educación superior*. Recuperado de: http://www.cse.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/Actividades_integracionestudiantes_nuevo_ingreso.pdf.
- Rama, C. (2006). La tercera reforma de la educación superior en América Latina y el Caribe: masificación, regulaciones e internacionalización", *Revista Educación y Pedagogía*, XVIII (46)11-24.
- Universidad de la Republica, (2010). Camino a la renovación de la enseñanza, hacia la reforma Universitaria. Recuperado de: <http://www.cse.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/Fasc%C3%ADculo%2011%20Ense%C3%B1anza.pdf>
- Rodríguez, M. (2005). Deserción en carreras de la Facultad de Química: estudio de cohortes 2000-2003. Recuperado de: unadeq.fq.edu.uy/docs./informes/Deserción
- Rodríguez, P. Brum, L., Correa, A., Laporta, P. Cantieri, R. Núñez, C. Verrastro, N. & De León, Gastón. (2014). La desvinculación en la primera generación de estudiantes de un programa innovador de la Universidad de la República, Uruguay. *Revista de la educación superior*, 43(170), 113-134. Accedido el 2 de setiembre de 2015, desde http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602014000200006&lng=es&tlng=es.
- Santiago, C. Mosca, A. Arias, A. De León, F. Dominguez. L, Erlich, L. Ramos, & S. Rubio, V. (2012) *Fundamentos Conceptuales de las tutorías entre pares*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza.

- Taylor, S. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires. Paidós.
- Tedesco, J. C. (2012). *Educación y Justicia Social en América Latina*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Tinto, V. (1989). Definir la deserción: una cuestión de perspectiva. *Revista de Educación Superior*, 71, 33-51.
- Tinto, V; & Culen, J. (1973). *Dropout in Higher Education: A Review and Theoretical of Planing, Budgeting, and Evaluation*. Columbia Univ., New York, N.Y. Teachers College.
- Tizio. H. (2001) *Reinventar el vínculo educativo: aportes de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis*. Barcelona. Gedisa
- Universidad de la Republica, (2007) “VI Censo de Estudiantes Universitarios Universidad de la República”, Uruguay. Informe 2007 Recuperado de:
www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/30152/.
- Universidad de la Republica, (2013) *Censo de estudiantes universitarios de grado. Informe 2013* Recuperado de:
www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/30152/.
- Universidad de la Republica. (2011). *Ordenanza de los centros universitarios regionales*. Recuperado de
http://dgjuridica.udelar.edu.uy/publicacion_generica/164-ordenanza-de-los-centros-universitarios-regionales.
- Velásquez, J. V., Vélez, E. C., Gómez, S. G., & Portilla, K. G. (2003). *Determinantes de la deserción estudiantil en la Universidad de Antioquia*.
- Vítale, C. R. (2010). La tercera reforma de la educación superior en América Latina y el Caribe: masificación, regulaciones e internacionalización. *Revista Educación y Pedagogía*, 18(46)

