

CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

EXPERIENCIA DE CUIDADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

***Estudio descriptivo transversal por realizarse en los enfermeros/as del
Cottolengo Don Orione en abril del año 2022***

Asesor metodológico:

Lic. Esp. Soria, Valeria.

Lic. Sapei, Marcela.

Autores:



Moreno, Yamila Marianella



Rivadero, Carla Dayana

Córdoba, Agosto de 2021

DATOS DE LAS AUTORAS

Moreno, Yamila Marianella: Enfermera profesional, egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2017. Actualmente cursando el 5to año de la Licenciatura en Enfermería. Prosecretaria de Asuntos Estudiantiles de la Escuela de Enfermería desde el año 2018. Inicio del ejercicio profesional en el año 2018 en el Instituto Pequeño Cottolengo Don Orione. Actualmente trabajando en el Hospital Raúl Ferreyra.

Rivadero, Carla Dayana: Enfermera profesional, egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2017. Actualmente cursando el 5to año de la Licenciatura en Enfermería en la misma Institución académica. Inicio del ejercicio profesional en el año 2018 hasta la actualidad en el Hospital Nacional de Clínicas, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a nuestras familias, quienes nos apoyaron desde el inicio de nuestra formación hasta la actualidad. Brindando energías para seguir adelante cuando en el transcurso de la carrera las cosas no iban como uno lo esperaba.

A todos aquellos amigos, profesores y profesionales del Cottolengo Don Orión que de una manera u otra aportaron para realizar este proyecto de investigación.

La gratitud se da cuando la memoria se almacena en el corazón y no en la mente... [Lionel Hampton]



ÍNDICE

I. Prólogo	1
Capítulo I. El problema de investigación	
II. Planteo del problema	4
III. Definición del problema	17
IV. Justificación	18
V. Marco teórico	19
VI. Objetivos	31
Capítulo II. Diseño metodológico	
VII. Tipo de estudio	33
VIII. Operacionalización de la variable	34
IX. Población y muestra	35
X. Técnica e instrumento de recolección de datos	36
XI. Planes	37
a) Recolección de datos	37
b) Procesamiento de datos	37
c) Presentación de datos	37
d) Análisis de datos	42
XII. Cronograma	43
XIII. Presupuesto	43
XIV. Referencia bibliográfica	44
XV. Anexos	
a) Anexo I: Nota de solicitud	50
b) Anexo II: Consentimiento informado	51
c) Anexo III: Instrumento de recolección de datos	52
d) Anexo IV: Tabla Matriz	55

PRÓLOGO

Enfermería ha experimentado cambios drásticos como respuestas a las necesidades e influencias de la sociedad. Por lo tanto, el cuidado, desde sus inicios, es considerado como el objeto de estudio y la razón de ser de la disciplina, que exige respeto por la autonomía, conocimiento y comprensión de las circunstancias y necesidades del sujeto, capacidad de anticipación y vinculación empática con la vulnerabilidad del Otro.

Así mismo, desde el comienzo de la vida, las personas experimentan cambios de diversas índoles. Se desenvuelven en diferentes ámbitos y comparten, desde sus inicios, sus experiencias con diferentes actores sociales. En primer lugar, la familia y allegados, quienes brindan protección. Luego, con el correr del tiempo los actores van cambiando y van adquiriendo herramientas para desenvolverse en los diferentes campos de acción. Uno de ellos, es la culminación de la formación académica como enfermeros profesionales, por lo cual, se abre un abanico de posibilidades de trabajo, siendo uno, el sector de la discapacidad.

Por este motivo, a través de la siguiente investigación se pretende conocer la experiencia de cuidado a personas con discapacidad, mediante un estudio descriptivo y transversal que ayudará a conocer técnicas de cuidado, método de abordaje, habilidad comunicativa, expresión corporal y gestual necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas.

La población bajo estudio estará conformada por catorce enfermeras del instituto Cottolengo Don Orione. La fuente de recolección de datos será primaria a través de una encuesta en modalidad de entrevista y su instrumento de recolección de datos será una cédula de entrevista con preguntas semiestructuradas y abiertas.

Luego de indagar diferentes fuentes primarias y artículos académicos, se llevó a cabo la construcción del proyecto. El mismo se encuentra organizado en:

Capítulo I: Planteamiento del problema, en este apartado se realizó una intensa búsqueda bibliográfica sobre la discapacidad y la experiencia del cuidado a personas con discapacidad. Se indagó a través de fuentes primarias, la historia de la institución, historia de vida de los residentes que ingresaron, los paradigmas de trabajo y se plantearon interrogantes de las observaciones realizadas, para llegar a nuestra definición del problema.

Capitulo II: Diseño metodológico, donde se podrá visualizar el tipo de estudio, población, planes, cronogramas y presupuestos para poder llevar a cabo dicha investigación

Los resultados de este estudio dejarán la posibilidad de seguir investigando en el área y valorar la importancia de ampliar la temática en currículos académicos.

.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Enfermería ha afrontado transformaciones contundentes como consecuencia a las necesidades y a las influencias de la sociedad. Uno de los conceptos vigentes de enfermería que se puede mencionar es de enfermería transcultural de Leininger.

Esto significa que, se centra en el cuidado y el análisis comparado de diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicción sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica. (González, 2006, p.4)

Así pues, Leininger, definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

Por lo tanto, el cuidado es el objeto de estudio y la razón de ser de la disciplina, que exige respeto por la autonomía, conocimiento y comprensión de las circunstancias y necesidades del sujeto, capacidad de anticipación y vinculación empática con la vulnerabilidad del otro, (...). Además, se lo utiliza en dos sentidos diferentes entre sí, que a su vez están relacionados. Por un lado, cuidar a alguien o proporcionar cuidados y por el otro, preocuparse/interesarse por el otro. (Rosselló, 2005, p.121 - 125)

Las características antes mencionadas, deben estar presentes en un profesional de enfermería y ser implementadas en las experiencias prácticas que se desarrollan en los servicios de salud de diferentes índoles.

Dentro de las condiciones que favorecen el ejercicio profesional, se encuentra la capacidad de aliar a la fundamentación teórica, el trabajo, el discernimiento, la iniciativa, la habilidad de enseñanza y la estabilidad emocional. Frente a estas consideraciones, se destaca que el enfermero necesita, además de la calificación adecuada, movilizar habilidades profesionales específicas durante el ejercicio de su trabajo, que le permitan desarrollar sus funciones eficazmente, y

aunar el conocimiento técnico científico, individualización del cuidado y consecuentemente calidad en la asistencia prestada.

Sin embargo, en tal contexto, la realidad en la gran mayoría de las situaciones es diferente. De modo que, al finalizar su formación, reciben el título habilitante para el ejercicio profesional e inician su carrera laboral en el ámbito asistencial y se encuentra en el punto preciso del choque entre la teoría y la práctica, por lo que, el inicio de sus experiencias profesionales, dependerá entonces de múltiples factores, tanto de sus conocimientos teóricos adquiridos, como los modelos de enfermería, y a su vez el paradigma de las ciencias con el que adhiera, como así también influirá en él la política de gestión de la institución en la que preste el servicio y la identidad institucional.

El área de la discapacidad no es ajena a esto, es uno de los campos posibles del quehacer de enfermería, entendiéndola como parte de la condición humana que ha sido percibida de manera distinta en diferentes contextos históricos y en las diversas sociedades. Por lo que, las terminologías están asociadas a ideas y conceptos que presentan valores culturales e históricamente aceptados.

Es necesario mencionar que, si bien es cierto que ha ocurrido un cambio en el paradigma de la salud, también ha ido cambiando y transformándose en forma paralela el cuidado de las personas con discapacidad, por lo tanto, obliga a replantearse, a conocer los abordajes y experiencias de los profesionales en cuanto a los cuidados en las instituciones que residen estos sujetos.

En este contexto, el instituto Cottolengo Don Orione que se encuentra ubicado en la zona sur de la provincia de Córdoba. Inaugurado en el año 1957; es una obra destinada a la atención integral de personas con discapacidades múltiples, físicas y mentales, de distinta gravedad.

Desde sus inicios, el cuidado era brindado por las religiosas, quienes se encargaban de la higiene y confort, administración de medicación y alimentación de los residentes. Un escaso porcentaje de monjas tenía leve conocimiento de enfermería o estudiaba para profesionalizarse.

A mediados del año 1994, luego de que el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) aprobara el Programa de Atención a Personas con Discapacidad

(ProADis), se estableció por primera vez un sistema de organización y categorización de los servicios de las obras sociales. A partir de ese momento, la Obra Don Orione se adecuó a las nuevas normativas e incorporaron por primera vez los equipos profesionales.

En el año 1995 ingresó la primera enfermera, quien se encargaba de la preparación y administración de la medicación; por lo tanto, las religiosas pasaron a ser encargadas de hogares. Cinco años después, con la creación de los nuevos hogares – Lourdes e Itatí – realizaron el llamado de nuevas enfermeras, siendo entre dos y cuatro hasta el año 2003.

Luego, el PAMI exigió a la institución dos enfermeras por turno, quedando un total de ocho; quienes cumplían una función meramente asistencialista. Su quehacer diario consistía en el armado de cajas de medicación y su administración, realización de primeros auxilios, tareas administrativas, como el pedido de farmacia y descartables, control de medicación de donación y preparación del libro de psicofármacos.

A causa de la escasez de personal, cada enfermera se encargaba de la atención de dos hogares. En casos de urgencias, la medicación pasaba a un segundo plano y ambas acudían al hogar donde sucedía un hecho particular.

“Por más que se brindaba lo mejor que se podía humanamente, no podíamos dedicar una atención de calidad debido a los escasez de enfermeras (...) En ese momento, había más de 130 residentes y hacíamos lo mejor que podíamos.” (Montiel, C. L., comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

A fines del año 2016, el equipo de conducción, conformado por el administrador, director religioso y directora técnica de la institución, planteó la posibilidad de reorganización en la distribución de los residentes y la inclusión del servicio de enfermería dentro del hogar, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas. Favoreciendo un contexto y relaciones acordes a sus habilidades, necesidades e intereses, mediante un proceso sostenido de optimización en los abordajes.

En ese mismo momento y, hasta la actualidad, la institución cuenta con 120 residentes ubicados en diferentes hogares según su patología y perfil particular.

En el cual se efectúa un abordaje terapéutico y educativo complejo, debiendo realizarse a través de equipos interdisciplinarios, donde la tarea de cada uno (religiosos, profesionales, asistentes y voluntarios) se pone en común para un mejor servicio.

Con respecto a la organización, cada hogar se constituye de la siguiente manera:

- Hogar Itatí: Ubicado al lado del office de enfermería central. Se caracteriza por ser mixto, con residentes dependientes. Presenta una sala de cuidados especiales para la asistencia de casos de emergencias y una sala para la administración de nutrición enteral a través de bombas de infusión de cuatro residentes que presentan gastrostomías y botón gástrico.
- Hogar Lourdes: Es un hogar mixto, en su mayoría, los sujetos están postrados, lo cual requiere de mayor demanda de personal para la asistencia.
- Hogar Medalla o casita Milagrosa: Es una casa de dos pisos, que se conecta con el Hogar Lourdes. Actualmente viven tres residentes auto válidas, quienes se encargan de realizar todas sus actividades de la vida diaria, incluyendo sus jornadas laborales y mantenimiento del hogar.
- Hogar Providencia: Se caracteriza por estar habitado por residentes masculinos. La mayoría dependientes, aunque, existe una minoría que son independientes, por lo que realizan actividades de la vida cotidiana de manera autónoma.
- Hogar San José: Es el que se encuentra más alejado del office de enfermería. Se identifica por ser habitado únicamente por mujeres independientes. Aunque, hay cuatro residentes postradas en cama (una de ellas presenta alimentación enteral a través del botón gástrico).

Cada hogar, cuenta con un office de enfermería, donde se encuentran todos los insumos necesarios para los tratamientos prolongados de los residentes e historias clínicas. Pero existe un office central donde se realiza la preparación de medicación y cuenta con la farmacia de stock de medicamentos e insumos necesarios para los casos de urgencias. Por este motivo, la distancia de los hogares al office central es de crucial importancia.

A mediados del año 2018, la jefa del servicio de enfermería, directora médica y directora técnica seleccionaron un equipo de enfermería que conformó la nueva modalidad de abordaje. Se incorporaron catorce enfermeras de sexo femenino al equipo. Una de ellas es licenciada especialista en cuidados críticos y, las demás son técnicas profesionales; cuatro egresadas de nivel universitario y diez de nivel terciario. La edad promedio del personal es de cuarenta años aproximadamente. Únicamente dos tienen entre veinticuatro y veintiocho años.

Una de las metas de la inclusión del servicio de enfermería es posibilitar al personal auxiliar del hogar que con esfuerzo concluyo su formación como enfermero profesional, acceder a un puesto de trabajo acorde a su calificación, actualmente hay presente tres enfermeras recibidas que antiguamente eran auxiliares. Cuya antigüedad laboral es de aproximadamente 25 años dentro de la institución.

En relación con el ingreso de las personas y su historia de vida, varía según el contexto histórico – cultural de la sociedad.

En primer lugar, un grupo de residentes fueron abandonados en la puerta de la institución y hoy en día no hay registros de sus familiares debido a la situación de abandono. Por otro lado, hay casos donde se pudo lograr encontrar su familia y se vio la posibilidad de encuentro. Sin embargo, las mismas optaron por no generar ningún vínculo con ellos.

En los años 70, el patronato de menores, actualmente denominado Pablo Pizzurno, recibía chicos que no tenían una familia contingente. Por esos tiempos, el estado hacia un convenio con diferentes instituciones para las derivaciones.

“Casos así, tenemos varios. Ellos ingresaron cuando eran unos niños y hoy en día los ves y son todos adultos.” (Pucheta. V., comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

En la actualidad, un grupo de residentes tienen familiares que los visitan y los retiran para vacacionar. No obstante, la institución brinda un espacio de alojamiento para que las familias transcurran el tiempo necesario y pueda brindar un momento de acompañamiento de calidad.

A través del análisis del contexto, se observa que, desde sus inicios hasta la actualidad, el personal que brindaba los cuidados de enfermería fue cambiando, desde sus funciones, hasta sus capacidades, formación académica y tipo de abordaje. Motivo por el cual, los cuidados se fueron transformando a través del tiempo junto con el concepto y abordaje en cuanto a la discapacidad.

Frente a estas observaciones y teniendo en cuenta el análisis del contexto, surgen los siguientes interrogantes: ¿Cómo fue cambiando el paradigma de discapacidad y desde cuál se establece actualmente con el cuidado de enfermería dentro de la institución?, ¿Cuáles son los criterios de evaluación que se utiliza para el ingreso del personal de enfermería?, ¿La institución realiza capacitación previa al personal?, ¿Se aborda el tema de discapacidad desde la formación académica?, ¿Cuál es la experiencia de cuidado a personas con discapacidad de los/as enfermeros/as?

Con el fin de dar respuesta a los interrogantes, se acude a diversas fuentes bibliográficas y primarias mediante entrevistas a diferentes profesionales o referentes claves.

En relación con el interrogante acerca de cómo fue cambiando el paradigma de la discapacidad, Bonilla (2019) en un estudio acerca de **“Los Paradigmas y modelos sobre la discapacidad: evolución histórica e implicaciones educativas”** refiere que a lo largo de la historia han existido múltiples construcciones teóricas que han explicado desde diferentes perspectivas el fenómeno de la discapacidad. Esto resulta importante porque, son precisamente estas concepciones, las que han determinado nuestra conducta y actitud social hacia las personas con discapacidad, afectando los diferentes aspectos de sus vidas. (Ferrante, 2017, como se citó en Bonilla, 2019, p.76)

Por este motivo, los últimos paradigmas propuestos para la discapacidad son el paradigma rehabilitador y el paradigma de la autonomía personal. El primero está orientado a la rehabilitación de la persona y sostiene que la causa de la discapacidad radica en la deficiencia estructural y funcional del individuo. Por tanto, la solución está en revertir esa deficiencia a través de la intervención de profesionales de la salud. De este modo, concibe la discapacidad como un

hecho individual que atañe únicamente al individuo afectado. (Díaz y Velázquez, 2009, como se citó en Bonilla, 2019, p.78)

Por su parte, Ferrante y Dukuen (2017, como se citó en Bonilla, 2019) resaltan: “Que al aceptar que las personas con discapacidad son un grupo oprimido, se corre el riesgo de caer en una asunción reduccionista, en tanto niega las especificidades subjetivas, a la vez que homogeneiza una realidad amplia y heterogénea” (p.80).

Como consecuencia a estas inquietudes e inconformidades, a principio del presente siglo surge el modelo de la diversidad funcional, que al igual que el modelo social de la discapacidad, interpreta que las causas de la discapacidad surgen y permanecen fuera de la persona. Sin embargo, su eje teórico es la dignidad de la persona en lugar de la de su capacidad. (Palacios y Romañach, 2008, como se citó en Bonilla, 2019, p.80)

En consonancia con esto, la institución Cottolengo Don Orione, en sus comienzos, se posicionaba bajo un paradigma médico – rehabilitador.

Desde este modelo, las personas se convierten en objetos médicos y sus realidades son contempladas y explicadas desde una premisa exclusivamente medicalizada (...) La atención se centra en la discapacidad. Se produce una subestimación de las aptitudes de las personas y, por lo tanto, el tratamiento social se basa en una actitud paternalista y caritativa, enfocada hacia las deficiencias. (Toboso, 2008, p.3)

“Actualmente, el equipo interdisciplinario se encuentra posicionado en el paradigma social, donde el foco deja de ser la persona con discapacidad, y su objetivo es involucrar a todos los actores sociales como facilitadores para la inserción de la persona en la vida misma o en la comunidad. Por este motivo, se realizaron cambios relevantes, como los horarios de las comidas; implementación de talleres de deportes y juegos que buscan fomentar la autonomía, independencia y mejorar habilidades motrices; talleres de sexualidad, donde el objetivo principal es el reconocimiento y respeto por el cuerpo propio y el del otro. A su vez, el respeto y resguardo de la intimidad y el auto placer.” (Vela, E., comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

Es preciso mencionar que el paradigma de la discapacidad es considerado como un fenómeno social. Las limitaciones de los que las padecen provienen de la sociedad, por tanto, falla en prestar servicios adecuados y en asegurar que se cumplan los derechos de todas las personas por igual. Razón por la cual, las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino que deben estar dirigidas en la rehabilitación de una sociedad pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas. (Palacios, 2008, p. 104)

Desde este paradigma, se concibe a la persona desde un enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, lo que apunta a mirar más allá de las deficiencias y aspira a una participación real y efectiva de esta población, en todas las esferas de la vida en sociedad. Es decir, se define el derecho de las personas a establecer relaciones interpersonales y de convertirse en personas sociales y económicamente activas. (Padilla – Muñoz, 2010, como se citó en Rojas, 2013)

“El gran cambio es que antes nosotros hacíamos todo por ellos, pero ahora ellos son el centro y nosotros nos convertimos en el centro de apoyo, en facilitadores. Somos como las herramientas para que puedan lograr lo que quieren lograr (...). Ese, es el gran cambio.” (Vela, E., comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

Para lograr el cambio paradigmático, el equipo de conducción, a mediados del año 2018, seleccionó un equipo de enfermería que conformo la nueva modalidad de abordaje.

“En cuanto a los criterios de evaluación para el ingreso del nuevo personal, la institución hacía hincapié en la competencia profesional, teniendo en cuenta, la fundamentación teórica, el discernimiento, la habilidad comunicativa y recepción del otro, más allá de la experiencia práctica, ya que un mayor porcentaje de enfermeras recién se insertaban en el campo laboral.” (Montiel, C. L., comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

Teniendo en cuenta la LEY N° 18.651 PROTECCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, en su artículo 26 refiere que para otorgar una prestación para la contratación de asistentes personales a personas con discapacidad, es

imprescindible estar capacitado para desarrollar tareas de asistencia personal y obtener un certificado habilitante expedido por la entidad o entidades que determine la reglamentación.

Así mismo, otros autores refieren lo siguiente:

Que los sistemas de salud deben contar con estándares claros respecto a las calificaciones de los profesionales, que indiquen los tipos de personal que están autorizados a realizar determinados servicios y la educación inicial y progresiva que deben tener (...) los estándares normalmente deben aplicarse a funciones técnicas específicas. También deben implementarse los medios para facilitar o fiscalizar su cumplimiento, que puede incluir formación y perfeccionamiento en el empleo, y algunas veces la certificación formal y/o evaluación confiada a profesionales de igual nivel. (Knowles, 1997, p. 23)

Con respecto al interrogante acerca de si ¿La institución realiza capacitación previa al personal? “Se brinda capacitación del nuevo personal. De modo que los temas a trabajar fueron, el primer lugar, el concepto de discapacidad y el modelo paradigmático en el cual se encuentran trabajando actualmente, con el fin de aunar criterios de cuidados y calidad. En segundo lugar, una presentación sistemática de los aspectos legales que orientan el quehacer profesional, teniendo en cuenta la convención internacional de personas con discapacidad, código civil y comercial de la República Argentina, Ley 24901 sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de personas con discapacidad.

En tercer lugar, temáticas referidas al quehacer diario de enfermería, como la presentación de patologías de base y su criterio de cuidado enfermero; protocolos de emergencias, excitación psicomotriz, preparación y administración de medicación, manejo de bombas de infusión, recreación y ocio. Sin olvidar el enfoque social en el cual se encuentra la institución y ver más allá de lo biológico, es decir, tener en cuenta al residente como un sujeto de derechos y con igualdad de oportunidades.” (Montiel, C. L., comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

Teniendo en cuenta el conocimiento previo de discapacidad desde la formación académica, se puede mencionar que la Escuela de Enfermería de la Facultad de

Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, cuenta con una formación académica de cinco años para el título habilitante de Licenciado en Enfermería. Sin embargo, son escasas las asignaturas que integran la discapacidad en sus programas académicos. En primer lugar, podemos mencionar la asignatura Enfermería del Adulto y del Anciano, perteneciente al segundo año de la carrera, donde se visualiza el concepto de discapacidad desde un enfoque meramente biologicista. En su eje temático n°2 se plantea el rol de enfermería en la prevención de minusvalía y discapacidades en adultos y ancianos.

Caso contrario, se observa en la asignatura Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, perteneciente al segundo semestre del segundo año de la carrera, la necesidad de salud mental de los pueblos de América Latina con un nuevo perfil de enfermería. De modo que, puede construirse en la dirección de procesos de transformación a través de la participación de todos los actores sociales. Su finalidad es el desarrollo de las capacidades, competencias y habilidades que contribuirán al cuidado de la salud mental de las poblaciones, a través de criterios de promoción y prevención, con el objetivo de incorporar medidas de atención de salud mental en los distintos campos del ejercicio profesional.

La materia está constituida por seis unidades temáticas, en la que se encuentran transversalizadas por contenidos referidos al sufrimiento psíquico y la discapacidad, por lo que el cuerpo docente puntualiza en varios aspectos; escasa cantidad de personal de enfermería, el modelo de atención que predomina (el asistencialista) en el marco de los grandes hospitales psiquiátricos, los problemas psicosociales que son abordados por enfermería desde el sentido común, la atención de los pacientes que se centra exclusivamente en los aspectos físicos y los administrativos de la terapéutica médica.

Otro de los aspectos que se indaga es sobre la producción de saberes y prácticas, considerándola como incipiente y poco fomentada, que ocupa el lugar del hacer y no del pensar, de ello se infiere el desarrollo de una práctica generalmente acrítica, rutinario y poco regulada por leyes científicas.

Dentro del plan de estudios de la carrera, también se encuentra la asignatura Psicología de las Personas y de los Grupos II, que se dicta en el primer semestre de segundo año y Psicología de las Personas y de los Grupos III, en el primer semestre de tercer año. La primera tiene como objetivos propuestos, identificar y diferenciar aspectos esperables del proceso de envejecimiento de aquellos patológicos y reconocerlos desde un nivel psicológico; y, la importancia de la interconsulta con equipo en salud mental desde un abordaje interdisciplinario.

En su unidad N° 3, se promueve el reconocimiento y la aproximación de los cambios biológicos normales del envejecimiento, diferenciándolos del envejecimiento patológico y trastornos concomitantes. Y, en el eje N° 4, se fomenta una aproximación al reconocimiento de indicadores respecto a los cuadros nosográficos psicopatológicos clásicos, posibles de observar en la adultez: neurosis, prevención y psicosis.

La segunda aporta contenidos teóricos - prácticos desde el ámbito de la psicología promoviendo en el estudiante la integración con los conocimientos propios de su disciplina en los cuidados de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio, el recién nacido, el niño, el adolescente y la familia. Por lo que los contenidos están dirigidos a la comprensión de la complejidad de los determinantes socioculturales, familiares y biológicos que intervienen en el desarrollo psicológico en esas etapas de la vida; con el fin de propiciar intervenciones adecuadas y oportunas que logren un cuidado integral.

En su unidad N° 2 se estudia las alteraciones emocionales en el puerperio, esto es, la reorganización psíquica y emocional. Una de las alteraciones, es la psicosis puerperal, donde estudia los síntomas más evidentes y la ayuda terapéutica que se debe realizar.

Dentro de la unidad N° 3 se estudia el ciclo vital de la familia luego de la confirmación de un diagnóstico de discapacidad, haciendo hincapié en el quiebre del equilibrio familiar, la tarea de reacomodación y ajuste, es decir, el trabajo intrapsíquico que atraviesa la persona hasta lograr la fase de reorganización y aceptación del hijo con discapacidad.

Por otra parte Pérez Guerrero (2013) en su trabajo acerca de **“Propuesta de modificación al programa de Enfermería para incluir temas sobre la discapacidad infantil”** A partir del análisis crítico del contenido de los programas rectores incluidos en los planes de estudios de la escuela cubana para la formación de Enfermeros se pudo apreciar que a pesar de que el enfermero desempeña un papel esencial en la atención a la población discapacitada, no se incluyen en el plan de estudio conocimientos suficientes, precisos, propios de esta problemática de salud, por tal razón se propuso diseñar una propuesta de modificación al programa de la formación de enfermeros y sugerir la inclusión de temas sobre la discapacidad infantil que permitan instruir al personal en formación.

Resulta necesario perfeccionar los programas de la Licenciatura en Enfermería mediante la inclusión de temas relacionados con la prevención, diagnóstico precoz, manejo integral e inserción social de la persona con discapacidad, y de esta forma garantizar que el graduado, conozca las técnicas y procedimientos a emplear en su labor asistencial, y así atender con éxito a un número creciente de personas afectadas que demandan atención en los servicios de salud en el país.

Capacitar a la enfermera para enfrentar el reto que impone la evolución del cuadro de salud de la población cubana y la importancia de actualizar los programas docentes a las necesidades reales de la población, constituyen un reto para la universidad, así como el desarrollo de estrategias que permitan el progreso del proceso docente educativo y garanticen calidad en el egresado.

Luego de la revisión de antecedentes se puede focalizar en aspectos como:

- A lo largo de la historia han existido múltiples construcciones teóricas que han explicado desde diferentes perspectivas el fenómeno de la discapacidad. Estas concepciones han determinado las conductas y actitud social hacia las personas con discapacidad.
- Los últimos paradigmas propuestos para la discapacidad son el paradigma rehabilitador y el paradigma de la autonomía personal.
- Los criterios de evaluación para el ingreso del nuevo personal en la institución hacían hincapié en la competencia profesional, teniendo en

cuenta, la fundamentación teórica, el discernimiento, la habilidad comunicativa y recepción del otro. Al personal de reciente ingreso se le brinda capacitación pertinente del área de discapacidad.

- Son escasas las asignaturas que integran la discapacidad en sus programas académicos.

Con respecto a la experiencia de cuidado a personas con discapacidad de los enfermeros/as, se encontraron estudios como la experiencia del cuidado a personas en situación de discapacidad desde la perspectiva de cuidadoras primarias en el municipio de Yarumal en el año 2018; siendo representadas principalmente por la familia. Además, se observan manuales para cuidadores/as de personas con discapacidad en situaciones de alta dependencia, donde se aborda desde un enfoque meramente biologicista.

A pesar de que existen nuevos paradigmas de la discapacidad, que son planteados desde una mirada social, no se refleja la transición del cambio paradigmático en la experiencia del cuidado.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la experiencia de cuidado a personas con discapacidad de los enfermeros/as del Cottolengo Don Orione, en el periodo de abril-agosto del año 2022?

JUSTIFICACIÓN

El área de la discapacidad es uno de los campos del quehacer de enfermería y es uno de los menos abordados en investigación y formación. Por este motivo, conocer la experiencia en relación con el cuidado es la principal motivación. A través de la ejecución del estudio, se podrá comprender todo aspecto positivo y negativo del quehacer diario. Dicho de otra manera, conocer técnicas de cuidado, método de abordaje, habilidad comunicativa, expresión corporal y gestual necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas.

Además, se podrá comprender y analizar las creencias, ideas y pensamientos por las que atraviesa el profesional de enfermería cuando recién se inserta en el campo de discapacidad y cómo van cambiando o no, en el transcurrir del tiempo. Los beneficios que se podrán adquirir a través de esta investigación se dan en dos premisas diferentes que su vez están relacionadas. Por un lado, la competencia y perfil profesional; y, por el otro la calidad de vida del residente en las instituciones.

Esto significa que sólo el que es receptivo al otro puede descifrar, a través de la expresión verbal y gestual del paciente, lo que este necesite (...) cuidar no consiste solo en resolver las necesidades del otro, sino en darle herramientas para que el mismo sea capaz de resolverlas. (Roselló, 2005, p. 121)

Esto es, poder conocer el cuerpo de necesidades y comprender los diferentes métodos de abordajes acordes a cada individuo y así, lograr mejorar la calidad de vida de las personas. De este modo, el profesional de enfermería además de tener las habilidades antes mencionadas debe adquirir la capacidad reflexiva y crítica, análisis ético y defensa de los derechos humanos influyendo en el cambio de políticas, servicios de salud y educación.

A través de este estudio se pretende hacer un aporte a la disciplina y educación, que posibilite aproximarse a las experiencias de los enfermeros/as en el ámbito de la discapacidad y brindar herramientas para mejorar una de las realidades que atraviesa enfermería en este campo representada por la escasez teórica – práctica desde la formación académica; de manera que en un futuro permita ampliar la temática en los currículos académicos viendo la discapacidad desde un paradigma social en todo el ciclo vital familiar.

MARCO TEÓRICO

La discapacidad es parte de la condición humana que ha sido percibida de manera distinta en diferentes contextos históricos y en las diversas sociedades.

Se calcula que más de mil millones de personas están aquejadas por la discapacidad en alguna forma, es decir, un 15% de la población mundial (...) Eso no es todo, las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. (OMS, 2018)

Las terminologías están asociadas a ideas y conceptos que presentan valores culturales e históricamente aceptados. Así también refleja en forma paralela los cambios en el transcurso del tiempo con respecto al cuidado de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y de la sociedad en la que vive.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y protocolo facultativo, en su artículo N° 1 afirma: “Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igual de condiciones con las demás”.

Por tanto, la discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Sin embargo, hasta hace tiempos no muy lejanos la mirada partía desde una concepción caritativa que no llegaba a comprender la complejidad social de este fenómeno. Esto sin duda es el resultado de una historia de persecución, exclusión y menosprecio a las que las personas se vieron sometidas desde tiempos muy lejanos. (Palacios, 2008, p. 25)

La misma plantea tres modelos que atravesó el concepto de la discapacidad. El primer modelo que se denomina prescindencia, contextualizado en la antigüedad clásica y en las sociedades griega y romana. Explica los orígenes desde

nociones religiosas y excluye a estas personas de la sociedad a través de políticas eugenésicas o de marginación.

En esta concepción, las personas se consideran como innecesarias por diferentes razones: porque no contribuyen a las necesidades de la comunidad; albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses. Las causas que la originan tienen principalmente un motivo religioso. Por lo tanto, la sociedad situaba a estas personas en un espacio destinado para los “anormales” y las clases pobres con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que así mismo son tratados como objeto de caridad y sujeto de asistencia.

El segundo modelo, denominado rehabilitador, consolidado en el siglo xx, pone en juego explicaciones científicas para entender el origen de la discapacidad y plantea la posibilidad de “normalización” a través de un proceso de rehabilitación. Considera que las causas que la producen no son religiosas, sino más bien científicas, es decir, se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. Como consecuencia, las personas ya no son consideradas innecesarias, pero siempre en la medida que sean rehabilitadas. El núcleo central es la recuperación, aunque ello implique forzar la desaparición de la diferencia que presenta. En este modelo aparece plasmado la institucionalización, elemento utilizado para el camino de la recuperación.

El tercer modelo se encuentra vigente en la actualidad y entiende a la discapacidad como un fenómeno social en tanto señala que las limitaciones de los que las padecen provienen de la sociedad, la cual falla en prestar servicios adecuados y en asegurar que se cumplan los derechos de todas las personas por igual. Es por esto, que las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino que deben estar dirigidas y abogada por la rehabilitación o normalización de una sociedad pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas.

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal; propicia la inclusión social, sobre la base de determinados principios: vida independiente, no

discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil y apunta a la autonomía del sujeto para decidir respecto de su propia vida y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

“La discapacidad tenía que ser abordada holísticamente, es decir como un todo, ya que en ella confluían una serie de dimensiones. Así el modelo social ha enfatizado en las barreras económicas, medioambientales y culturales en el contexto” (Oliver, como se citó en Maldonado. V., 2013, p. 823).

En los últimos años ha devenido cada vez más consciente de la magnitud del problema del sufrimiento psíquico y de la discapacidad para individuos, familias y comunidades. Para todos los individuos la salud física, mental y social constituyen el pilar de sus vidas en tanto la comprensión de esta integralidad se vuelve crucial para el bienestar de las sociedades, es por lo que todos los sectores incluida la educación, comienzan a darse cuenta de esa dimensión de la vida humana. Sin embargo, es necesario reconocer que enfermería tiene rasgos críticos de tipo cualitativo y cuantitativo en la formación y la práctica, como en la organización de los servicios en su oferta y demanda.

Visto desde este contexto, La práctica de enfermería comprende experiencias que el enfermero enfrenta cuando brinda cuidados; éstos se originan en: el sujeto de cuidado, la relación enfermera-sujeto de cuidado, la enfermera y el contexto.

La práctica del cuidado supone tanto habilidades como conocimientos que deben ser puestos en práctica para la prestación de cuidados de calidad que serán evaluados según la satisfacción del sujeto de cuidado y que la enfermera debe saber relacionar en el momento del actuar, pues es trabajar con lo aprendido en el pregrado, es decir, con conocimiento científico al cual se suma la destreza que debe tener para ejecutar la acción en sí.

La práctica señala fundamentalmente algunos componentes a los cuales la enfermera apunta; el primero es la persona quien justifica el porqué de la profesión, el segundo la esencia del ser de enfermería, que son los cuidados brindados con excelente calidad ya sea preventivo, curativo o paliativo dependiendo del tipo de paciente. (Carrillo. Et al, 2013, p. 3)

En la práctica diaria el profesional de enfermería tiene un rol definido como sujeto cuidador, estos varían dependiendo del tipo de sujeto de cuidado y el actuar obedece a las diferentes situaciones que se presenten, pero en general se realizan funciones que dan lugar a acciones autónomas, ágiles, responsables, eficaces y eficientes que caracterizan a un profesional líder de un servicio que es coordinado por el profesional de enfermería ya experto.

Según el perfil del egresado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, es la persona que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda profesional al individuo, familia y comunidad, satisfaciendo sus necesidades fundamentales cuando tiene limitaciones para hacerlo por sí mismo en circunstancia de daño o riesgo de su salud. Promoviendo su auto cuidado o independencia precoz a través de la aplicación de la ciencia y técnica de la enfermería y establecimiento de una relación interpersonal significativa que asegure el respeto por la individualidad y dignidad personal de aquellos bajo su cuidado. Ejerciendo la profesión en el marco de los principios éticos propios de la enfermería, así como de los valores esenciales de la cultura argentina. Por la naturaleza de las funciones que le son propias, está capacitado para enseñar, administrar e investigar en el campo de la enfermería.

En este contexto, el proceso de formación de enfermería implica varias fases ya que debe estar basado en el desarrollo de diferentes competencias que constituyen la base fundamental para generar un excelente profesional de enfermería. La formación debe ser integral puesto que se educa para realizar tareas específicas y desarrollar las competencias en el sujeto cuidador desde el ser, el saber y saber hacer. Todas son importantes y dependiendo de la situación se deben poner en práctica unas más que otras e independientemente de la actividad siempre deben estar presentes en cualquier acción que realiza la enfermera/o.

Carrillo (2013) afirma: “La formación en enfermería permite crear bases sólidas para el desempeño del profesional, es un proceso de maduración que aspira a promover el avance del ser humano hacia una vida personal social, cognitiva, creativa, constructiva y productiva” (p.3).

No obstante, por lo general los recién graduados, aun teniendo las bases teóricas, no tienen las capacidades suficientes para desafiar una situación que amerite el actuar rápido y responsable, cuando se ven enfrentados al ámbito profesional, ya que no depende de su tutor en ese momento y tiene que ser autónomo en la toma de decisiones.

La reflexión sobre la práctica diaria es continua durante el ejercicio profesional que facilita identificar áreas susceptibles de mejora, aprendizaje o investigación. Cuidando y acompañando se aprende de las vivencias de las personas que se enfrentan a los retos que les deparan la salud y la enfermedad, las crisis y las pérdidas, lo que facilita la reflexión profunda y el crecimiento personal. Aunque debemos tener en cuenta que el grado de autoconocimiento, desarrollo y madurez que tenga la enfermera va a influir en su capacidad de obtención de resultados terapéuticos para el sujeto de cuidado y de autoconocimiento de ella misma. (Gómara, 2014)

En relación con el cuidado, objeto de estudio y razón de ser de la disciplina; es un proceso integral que incluye aspectos físicos, emocionales, comunicativos y espirituales que se sustenta en su individualización, cuyo eje principal es la construcción de una relación de confianza y seguridad y el fomento de la autonomía de la persona.

Esto significa que el cuidado es la palabra central en la bibliografía sobre enfermería que se utiliza en dos sentidos diferentes entre sí pero que a la vez están relacionados: primero cuidar a alguien o proporcionar cuidados y segundo preocuparse/interesarse por el otro. La primera definición significa realizar actividades para otras personas (...) Los cuidados de enfermería suelen implicar a dos personas cuya conexión está determinada principalmente por la responsabilidad que tiene una de ellas de dar respuesta a la otra y de satisfacer sus necesidades. El segundo significado de cuidar refleja como una persona piensa sobre otra o como se siente comprometida con ella y le responde. Esto no tiene nada que ver con las diferentes tareas atribuidas a las enfermeras sino con su actitud frente a la otra persona, la que recibe sus cuidados, y con su compromiso con esa otra persona. (Roselló, 2005, p. 119 – 123)

Ambos significados pueden converger sin ser mutuamente excluyentes en una visión del cuidado que conserve los valores culturalmente asociados con la profesión como la empatía y la amabilidad aunado a un enfoque hacia el poder donde se tiene el deber de eliminar o modificar cualquier sistema, estructura social o conjunto de normas que contribuyan a la opresión conservando el centro de la atención en la persona.

Con respecto al concepto anteriormente definido, desde el área de la discapacidad, se considera que va más allá de ser una cuestión que compete al ámbito de la salud, y que la generación del cambio que estuvo y está transitando para su integración plena, pasa por la cuestión de la autonomía a través de los apoyos necesarios para ello. Se reconoce así que una persona con discapacidad puede requerir apoyo para ejercer sus capacidades y que el tener tal apoyo no acentúa una posición de incapacidad sino de generación de independencia y a la vez de emancipación porque permite a la persona admitir sus déficits sin sentirse disminuida en sus capacidades.

Por lo tanto, en relación con lo anteriormente mencionado, la experiencia del cuidado que adquiere la enfermera no solo depende de ella y de la integración de sus capacidades sino del tipo de sujetos de cuidado que maneje y de su especialidad; así también de su formación académica y del tipo de abordaje que comprenda.

Campos (2003) afirma: “la experiencia es una noción fundamental en la vida del hombre, por lo que su uso y aplicación se extiende a todos los niveles de la actividad humana, convirtiéndola en una noción pluridimensional de difícil acceso sistemático” (p. 135).

Desde un punto de vista epistemológico, la experiencia es un acto de conocimiento que pone en contacto al sujeto con la realidad, es decir, se asocia a la percepción y, desde esta perspectiva, generalmente es definida como la percepción inmediata de lo concreto o como el conocimiento de un objeto particular. El tipo de acto al que se asocia la experiencia depende de la corriente filosófica que la defina. (Campos, 2003, p. 139)

En la modernidad la cuestión de la experiencia se plantea como cuestión gnoseológica, como problema de la teoría o crítica del conocimiento. En concreto, la experiencia indica la referencia del conocimiento a partir de la cual tiene que elaborarse, a la que ha de adecuarse, responder y corresponder, de la que tiene que dar razón o incluso la que ha de ser su contenido. (Amengual, 2007, p.3)

En el marco del empirismo y el escepticismo, la experiencia se interpreta como el punto de partida del proceso cognoscitivo y como su contenido. Aparece como el resultado, como el producto de la actividad cognoscitiva en la que necesariamente interviene como soporte todo el conjunto de condiciones interpuestas por la subjetividad humana (...) Parte de una distinción del conocimiento entre lo empírico y puro que se define respectivamente por los conceptos de receptividad y espontaneidad. (Kant, 1724 – 1804, como se citó en Amengual, 2007, p. 4 – 5)

En este sentido puede afirmarse que Kant definirá la experiencia como conocimiento empírico. De todos modos, el conocimiento empírico no ha de confundirse con la fuente de conocimiento, la que podríamos llamar el material previo o la materia de conocimiento, mientras que este se distinguirá por ser una composición, cuya materia fundamental serían las sensaciones, es decir, lo que nosotros recibimos por medio de las impresiones.

Amengual (2007) afirma: “La experiencia – en el sentido de lo recibido por la sensibilidad – no es todo el conocimiento, hay que suponer que se da otro elemento, es decir, el que aporta el entendimiento por medio de las percepciones recibidas por la sensibilidad” (p.6).

“La experiencia es, sin ninguna duda, el primer producto surgido de nuestro entendimiento al elaborar éste, la materia bruta de las impresiones sensibles” (Kant, 1775, como se citó en Amengual, 2007, p. 6).

El conocimiento siempre supone un proceso activo, en el que se relaciona el conocimiento existente con nuevas informaciones para producir un nuevo conocimiento. La producción de estos supone desarrollar la capacidad creativa de pensar y no sólo de repetir lo que se dice. La sistematización de experiencias, en la medida que tiene por objeto de conocimiento a la propia

experiencia, es un factor importantísimo para producir nuevos conocimientos. (Jara, 2001, como se citó en Guedes – Corso, 2011, p. 7)

En relación con este concepto, se plantea que: La sistematización, como actividad de producción de conocimientos desde la práctica, aspira a confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar nuestra realidad. Es así como la sistematización produce una 'reconceptualización' mediante la cual las concepciones teóricas vigentes son redefinidas desde la práctica, desde los nuevos conocimientos que se elaboran al reflexionar sobre la acción. Estos nuevos conocimientos que se elaboran son luego difundidos y, a su vez, confrontados con otras experiencias, en un proceso en espiral, flexible y dinámico, donde lo aprendido es siempre base para conocimientos. (Jara, 2003, como se citó en Guedes – Corso, 2011, p. 7)

En una sistematización de experiencias el objeto a sistematizar es la propia práctica, y si bien puede llegar a un primer nivel de teorización y alimentar un diálogo crítico con el conocimiento teórico, no tiene pretensiones de generalización ni de universalización. Esta se basa en una concepción metodológica dialéctica, que considera que los fenómenos sociales son históricos, cambiantes y contradictorios y que son una síntesis de múltiples factores y determinaciones estructurales y coyunturales; una concepción que vincula la práctica con la teoría y que no dicotomiza el objeto y el sujeto de conocimiento. (Unday – Valero, 2017)

En el proceso de sistematización de experiencias hay una intencionalidad transformadora, creadora y no pasivamente reproductora de la realidad social que anima a realizarla como parte de un proceso más amplio. El factor transformador no es la sistematización en sí misma, sino las personas que fortalecen su capacidad de impulsar praxis transformadoras, o sea el proceso de sistematización como tal, constituye un resultado científico, que lleva a la transformación de quienes lo realizan.

Por el contrario, John Dewey (1938, como se citó en Carreras, 2016, p. 5) sostiene, contra los racionalistas, que la experiencia no se reduce a un estado de conciencia, claro y distinto, ni tampoco, (como pretendían los empiristas) es

meramente un asunto de conocimiento, sino que ahora aparece como una relación entre el ser vivo y su entorno físico y social. Por lo tanto, su postura se sitúa a medio camino entre los racionalistas y los empiristas, postulando que la experiencia significa maneras de hacer y sufrir, es decir, actividades y pasividad a la vez, sin privilegiar ninguno de los dos extremos.

Según Dewey, el pensamiento constituye un instrumento destinado a resolver situaciones problemáticas que surgen en el curso de las actividades, es decir, los problemas de la experiencia. Así, el conocimiento es la acumulación de sabiduría que genera la resolución de esos problemas. Esto abarca no solo la conciencia, sino también, la ignorancia, el hábito, los aspectos desfavorables, inciertos, irracionales e incomprensibles del universo.

La experiencia también supone un esfuerzo por cambiar lo dado y en este sentido poseía una dimensión proyectiva, superando el presente inmediato. Está basada en conexiones o interacciones y continuidades, e implica de manera permanente procesos de reflexión e inferencia. Por ello, para Dewey la experiencia y el pensamiento no constituyen términos opuestos ya que ambos se refuerzan mutuamente. El pensamiento y la razón constituían procedimientos intencionales para transformar un estado de indeterminación en uno armonioso y ordenado. La lógica adquiere así un valor instrumental y operativo y conforma una teoría de la búsqueda.

Desde esta perspectiva, Thompson (1981, como se citó en Santana, 2017, p.7) afirma que la experiencia surge de manera espontánea al interior del ser social; pues hombres y mujeres razonan e interpretan su mundo de vida. Es decir, no debe pensarse que "el ser" (como simple materialidad desposeída de idealidad) esté, por un lado, y "la conciencia" (como mera idealidad abstracta) por el otro. Ningún tipo de ser social se desempeña ajeno a sus conceptos y expectativas para organizar el mundo, mucho menos podría reproducirse a sí mismo ni siquiera un solo día sin pensamiento. Pues lo real no está "ahí fuera", mientras que el pensamiento estaría "aquí dentro" en las cabezas. Así como las personas piensan, también tienen hambre y sienten odio, enferman o aman, y la conciencia está entremezclada con el ser; así como contemplan lo "real", experimentan su propia realidad.

Aunque Thompson aclara que las personas habitan el mismo elemento humano, lleno de costumbres, necesidades, razón, voluntad, ilusión y deseo. Por tal motivo, afirma que:

La experiencia es exactamente lo que constituye el empalme entre cultura y no cultura, la mitad dentro del ser social, la mitad dentro de la conciencia social. Y se la distingue en experiencia I —la experiencia vivida— y experiencia II —la experiencia percibida. Muchos epistemólogos y sociólogos contemporáneos, cuando oyen la palabra “experiencia”, alargan inmediatamente la mano hacia la experiencia II. Esto es, se mueven directamente hacia lo que Marx llamó conciencia social. (Thompson, 1984, p.314)

Al identificar dos tipos de experiencia, la experiencia vivida y la experiencia percibida, en realidad está afirmando que ambas no coinciden cronológicamente hablando. Por un lado, están las vivencias y, por el otro, la interpretación y la narración de estas vivencias. Es decir, la experiencia I se desarrolla dentro de un fluir constante, contingente, un “sinsentido”. En cambio, la experiencia II es una búsqueda por entender explicar el mundo, hacer una “ordenación”. (Thompson, 1981, como se citó en Santana Cruz, 2017, p. 22)

Los conceptos de experiencia y de conocimiento se resignifican a la par. La experiencia pese a ser, efectivamente, cierto tipo de sabiduría, lejos de identificarse con el conocimiento, se distancia de él. Se trata de un saber práctico de carácter artesanal que implica la interacción con otros, y en este sentido se distancia de la concepción iluminista del conocimiento, en la cual “un yo individual, corporal y espiritual, (...) recibe a través de los sentidos las sensaciones y (...) con ellas elabora sus representaciones”. (Benjamín, 1986, p.11)

Dentro del carácter histórico-contextual de la experiencia, se presenta la naturaleza personal, porque dentro de ese contexto queda un amplio margen para la peculiaridad de cada experiencia individual.

La experiencia humana se caracteriza por el modo de recepcionar y reordenar ciertos aspectos particulares de la realidad y no otros, dando así, significados específicos y una tonalidad emotiva subjetiva en estrecha relación con el sentido de sí y con las expectativas relacionadas. Es así como un mismo

evento, una misma frase o circunstancia pueden ser vistas y vividas de manera profundamente distintas y pueden dar lugar a reacciones emotivas particulares y diferenciadas según el sujeto que las vive. (Oneto & Moltedo, 2002, pág. 2)

Definición conceptual de la variable

Las autoras del proyecto de investigación se posicionan para la conceptualización de la variable en los siguientes referentes teóricos: **John Dewey (1938) como se citó en Carreras (2016), Palacios (2008) y Rosselló Francesc (2005)**, quienes permiten definir la variable *experiencia de cuidado a personas con discapacidad* como la relación entre el sujeto, su entorno físico y social, determinada por conexiones e interacciones que implica procesos de reflexión e inferencia, al menos entre dos individuos en un momento y lugar determinado, en la que se exige en uno de estos responsabilidad e interés de dar respuesta al otro y ayudar a satisfacer sus necesidades, determinada por una vinculación empática que caracteriza el ser enfermero, pensando en el sujeto de cuidado y sus capacidades diferentes desde un enfoque social.

Por lo tanto, la variable se dimensionará para su estudio en:

- **Enfermero/a – sujeto de cuidado:** es la interacción que se da a través de un intercambio humano y personal entre ambos sujetos para generar un plan de cuidado y lograr objetivos concretos de salud.

En las subdimensiones:

- ✓ Uso de herramientas para brindar acompañamiento al sujeto de cuidado.
- ✓ Incorporación de estrategias para relacionarse con el sujeto de cuidado.
- ✓ Manejo de diversas técnicas y habilidad comunicativas, según las particularidades de los sujetos.
- ✓ Adquisición de habilidades para la realización de procedimientos – técnicas que los distintos sujetos necesiten.

- Enfermero/a – entorno social: Es el vínculo que se produce entre el/la enfermero/a y las condiciones medioambientales que rodea al sujeto de cuidado.

En subdimensiones tales como:

- ✓ Actividades recreativas incorporadas para la práctica del cuidado.
- ✓ Actitudes que fomenten los derechos del sujeto de cuidado.
- ✓ Asesoramiento a la familia acerca del sujeto de cuidado.

- Enfermero/a – contexto institucional: Es la relación entre el enfermero/a y las condiciones técnicas que la institución brinda y dispone, por lo que afecta al cuidado.

Cuyas subdimensiones son:

- ✓ Manejo de la infraestructura – recursos disponibles.
- ✓ Actividades de capacitación dentro de la institución.
- ✓ Capacidad de autonomía y libertad profesional en el quehacer diario.
- ✓ Tácticas para el desarrollo del paradigma institucional.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la experiencia de cuidado a personas con discapacidad de los enfermeros/as del Cottolengo Don Orione en el año 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la experiencia en relación enfermero/a – sujeto de cuidado en el Cottolengo Don Orione en el año 2022.
- Detallar la experiencia en relación enfermero/a – entorno social en el Cottolengo Don Orione en el año 2022.
- Especificar la experiencia de cuidado en relación enfermero/a – contexto institucional en el Cottolengo Don Orione en el año 2022.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio cuantitativo que busca conocer la relación entre la variable y la objetivación de los resultados a través de una muestra representativa de la población en estudio. Descriptivo que apunta a realizar la descripción de la experiencia del cuidado a personas con discapacidad y de corte transversal, por lo que se estudiará la variable en un momento determinado haciendo un corte en el tiempo, para conocer la experiencia de cuidado a personas con discapacidad de los enfermeros/as del Cottolengo Don Orione.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Subdimensiones
Experiencia de cuidado a personas con discapacidad.	Enfermero/a – sujeto de cuidado	➤ Uso de herramientas para brindar acompañamiento al sujeto de cuidado.
		➤ Incorporación de estrategias para relacionarse con el sujeto de cuidado.
		➤ Manejo de diversas técnicas y habilidad comunicativas, según las particularidades de los sujetos.
		➤ Adquisición de habilidades para la realización de procedimientos – técnicas que los sujetos de cuidado necesitan.
	Enfermero/a – entorno social	➤ Actividades recreativas incorporadas para la práctica del cuidado
		➤ Actitudes que fomenten los derechos del sujeto de cuidado.
		➤ El asesoramiento a la familia acerca del sujeto de cuidado.
	Enfermero/a – contexto institucional	➤ Manejo de la infraestructura – recursos disponibles.
		➤ Actividades de capacitación dentro de la institución.
		➤ Capacidad de autonomía y libertad profesional en el quehacer diario.
		➤ Tácticas para el desarrollo del paradigma institucional

POBLACIÓN Y MUESTRA

Teniendo en cuenta el tamaño reducido de la población, no se trabajará con muestra; tomándose así, como referencia para dicho estudio el total del personal de enfermería de dicha institución, sin distinción de edad, sexo, experiencia laboral, formación académica, nivel de formación y años de antigüedad.

El tamaño de la población está constituido, actualmente, por 14 enfermeras del instituto Pequeño Cottolengo Don Orione.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recogerán a través de fuente primaria. El método será una encuesta en modalidad de entrevista y el instrumento de recolección de datos será una cédula de entrevista con preguntas semiestructuradas y abiertas.

Las entrevistas se llevarán a cabo en diferentes momentos. En el primero, se presentarán los investigadores. Se explicará al entrevistado el objetivo de la investigación y del primer momento de la recolección de datos. Así mismo, se recabará información socio – demográfica y características generales que determinaron el ingreso laboral.

En el segundo momento se introducirá, al entrevistado, en la temática de recolección de datos y su objetivo. Se explicarán los ejes a tratar y se entregará el instrumental y material necesario para su elaboración.

Las herramientas para ejecutar las entrevistas serán, cédula de entrevistas, lapiceras, corrector, hojas en blanco, cuaderno de campo y grabadora para tomar notas de acontecimientos particulares que podrían suceder en las entrevistas.

PLANES

Recolección de datos

Para la recolección de datos se procederá solicitar por escrito a la autoridad competente autorización para el ingreso a la institución (Anexo 1). Una vez obtenida dicha autorización, se concurrirá en los distintos turnos para otorgar invitación a participar de la investigación, donde se facilitará el consentimiento informado (Anexo 2). Se brindará información necesaria sobre las características del estudio, se propiciará y explicará el instrumento de recolección de datos (Anexo 3).

El ingreso al campo se llevará a cabo en abril del año 2022 y los días se coordinarán previamente con los entrevistados de todos los turnos para acordar lugar y horarios de preferencia para la realización de las entrevistas.

Procesamiento de datos

Una vez recogidos los datos serán:

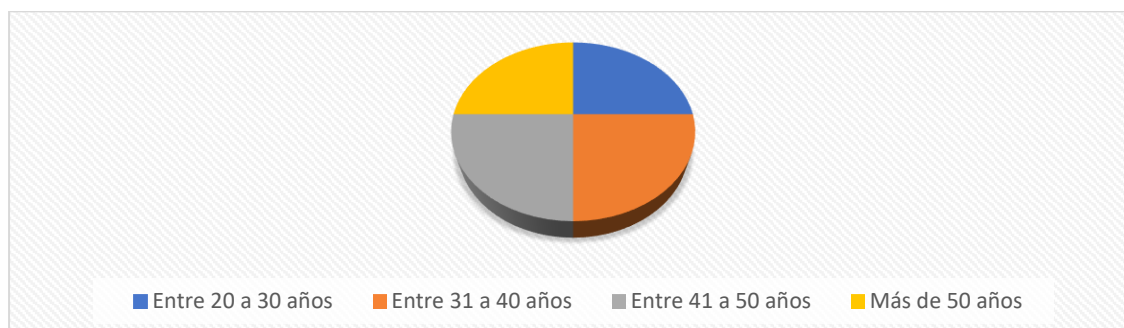
- ✓ Enumerados según las dimensiones plantadas en la operacionalización de la variable.
- ✓ Ordenados según las dimensiones enfermero/a – sujeto de cuidado, enfermero/a – entorno social y enfermero/a – contexto institucional.
- ✓ Codificados según categorías de respuesta. En el caso de las respuestas abiertas se categorizarán por similitud de respuestas.
- ✓ Luego serán cargados en la tabla matriz (Ver anexo 4) para realizar su tabulación y conocer las frecuencias de respuestas, obteniendo diferentes porcentajes de los datos que se desean conocer.

Presentación de datos

Para llevar a cabo la presentación de datos, se realizarán, en primer instancia gráficos de torta para la presentación de datos socio – demográficos, de esta manera conoceremos la población de estudio. Luego, se procederá analizar cada respuesta obtenida y se presentarán en tablas y/o cuadros de contenidos para la exhibición de datos obtenidos.

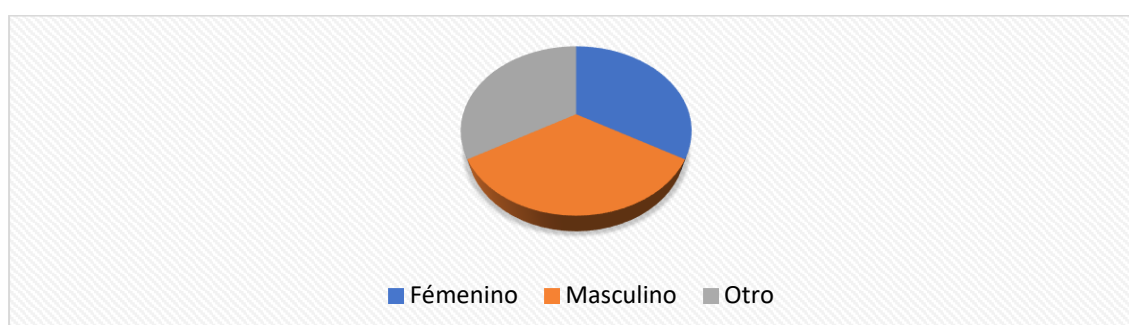
Datos socio – demográficos del personal de enfermería.

Gráfico A: Edad del personal de enfermería que trabaja en el instituto Cottolengo Don Orione en el año 2022.



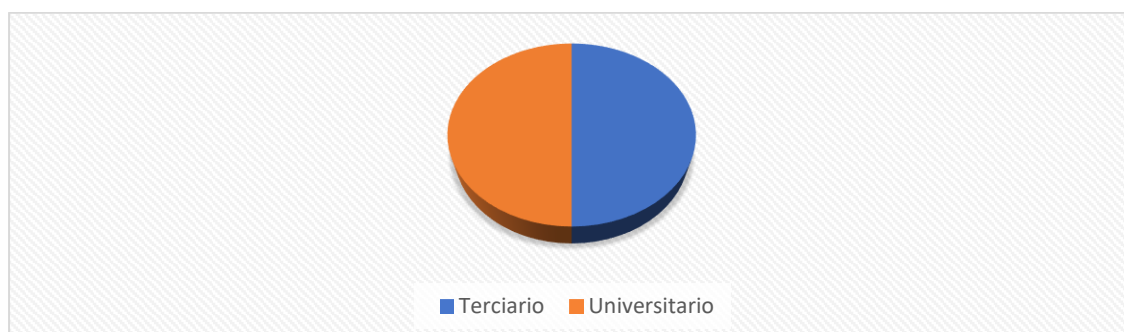
Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

Gráfico B: Género del personal de enfermería que trabaja en el instituto Cottolengo Don Orione en el año 2022.



Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

Gráfico C: Nivel del formación del personal de enfermería que trabaja en el instituto Cottolengo Don Orione en el año 2022.



Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

Cuadro N° 1: Experiencia de cuidado a personas con discapacidad con respecto a la relación enfermero/a- sujeto de cuidado en el instituto Cottolengo Don Orione en el año 2022.

Dimensión	Subdimensión	Categorías	Respuesta total
Enfermero/a -sujeto de cuidado.	Uso de herramientas para brindar acompañamiento al sujeto de cuidado	A B C ...	“.....” (entrevistado 1) “.....” (entrevistado 2) “.....” (entrevistado 3) ... “.....” (entrevistado 14)
	Incorporación de estrategias para relacionarse con el sujeto de cuidado.	A B C ...	“.....” (entrevistado 1) “.....” (entrevistado 2) “.....” (entrevistado 3) ... “.....” (entrevistado 14)
	Manejo de diversas técnicas y habilidad comunicativas, según las particularidades de los sujetos.	A B C ...	“.....” (entrevistado 1) “.....” (entrevistado 2) “.....” (entrevistado 3) ... “.....” (entrevistado 14)
	Adquisición de habilidades para la realización de procedimientos – técnicas que los distintos sujetos necesiten	A B C ...	“.....” (entrevistado 1) “.....” (entrevistado 2) “.....” (entrevistado 3) ... “.....” (entrevistado 14)

Fuente: Primaria - cédula de entrevista

Cuadro N° 2: Experiencia de cuidado a personas con discapacidad con respecto a la relación enfermero/a-entorno social en el instituto Cottolengo Don Orión en el año 2022.

Dimensión	Subdimensión	Categorías	Respuestas total
Enfermero/a-entorno social.	Actividades recreativas incorporadas para la práctica del cuidado	A	“.....” (entrevistado 1)
		B	“.....” (entrevistado 2)
		C	“.....” (entrevistado 3)
		...	... “.....” (entrevistado 14)
	Actitudes que fomentan los derechos del sujeto de cuidado.	A	“.....” (entrevistado 1)
		B	“.....” (entrevistado 2)
		C	“.....” (entrevistado 3)
		...	... “.....” (entrevistado 14)
	Asesoramiento a la familia acerca del sujeto de cuidado.	A	“.....” (entrevistado 1)
B		“.....” (entrevistado 2)	
C		“.....” (entrevistado 3)	
...		... “.....” (entrevistado 14)	

Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

Cuadro N°3: Experiencia de cuidado a personas con discapacidad con respecto a la relación enfermero/a- contexto institucional en el Cottolengo Don Orione, en el año 2022.

Dimensión	Subdimensión	Categorías	Respuestas total
Enfermero/a- contexto institucional.	Manejo de la infraestructura – recursos disponibles.	A	“.....” (entrevistado 1)
		B	“.....” (entrevistado 2)
		C	“.....” (entrevistado 3)
		...	... “.....” (entrevistado 14)
	Actividades de capacitación dentro de la institución.	A	“.....” (entrevistado 1)
		B	“.....” (entrevistado 2)
		C	“.....” (entrevistado 3)
		...	... “.....” (entrevistado 14)
	Capacidad de autonomía y libertad profesional en el quehacer diario.	A	“.....” (entrevistado 1)
		B	“.....” (entrevistado 2)
		C	“.....” (entrevistado 3)
		...	... “.....” (entrevistado 14)
	Tácticas para el desarrollo del paradigma institucional.	A	“.....” (entrevistado 1)
		B	“.....” (entrevistado 2)
		C	“.....” (entrevistado 3)
		...	... “.....” (entrevistado 14)

Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de datos se realizará una interpretación cuantitativa - descriptiva correspondientes a las categorías de práctica diaria, la formación académica y contexto institucional. De esta manera se logrará organizar la información y desarrollar una unidad de registro.

Para finalizar, partiendo de la información obtenida, se procederá a realizar la contrastación con la teoría para obtener discusiones, conclusiones y sugerencias relevantes para futuras investigaciones.

CRONOGRAMA

ETAPAS	TIEMPO EN MESES - AÑO 2022											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión del proyecto			****									
Recolección de datos		****										
Tabulación y análisis de datos			****									
Presentación de resultados				****								
Elaboración de informe final							*** *					
Publicación									****			

* _ Equivale a una semana.

PRESUPUESTO ESTIMATIVO

RUBRO	RECURSO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
R. Humanos	Asesor Metodológico	1		
R. Materiales	Impresiones	200	\$10	\$2000
	Art. Librería	Varios	\$200	\$200
	Resma papel A4	1	\$400	\$400
	Grabador	2	Sin costo	Sin costo
Transporte	Colectivo	30 pasajes	\$53	\$1590
	Auto	Nafta		\$2000
Imprevistos				\$400
Total general				\$6590

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amenguar, G. (2007). *El concepto de experiencia: de Kant a Hegel*. Tópicos revista de filosofía de Santa Fe, pp. 5 – 30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/288/28811907001.pdf>

Bonilla, B. (2019). “Los paradigmas y modelos sobre la discapacidad: evolución histórica e implicaciones educativas”. Recuperado de: <file:///C:/Users/pc/Downloads/9019-Texto%20del%20art%C3%ADculo-31275-1-10-20191220.pdf>

Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. (2010). *Ley N° 18.651 Protección Integral de Personas con Discapacidad*. Recuperado de: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2010_ley18651_ury.pdf

Carreras, C. (2016). *John Dewey: “En el principio fue la experiencia”*. Utopía y praxis Latinoamericana. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/279/27946220007.pdf>

Carrillo, A. (2013). *La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica*. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, N° 32. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf&ved=2ahUKEwimp7X694DIAhXfHLkGHcf1BGYQFjAAegQIAxAB&usq=AOvVaw1Fjlc4QEpfXTGFOqK2kBZ5>

Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M. C., y Río, J. C. (2010). *Enfermería y discapacidad: una visión integradora*. Index de Enfermería, pp. 177-181. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200023&lng=es&tlng=es.

Cruz Santana, J. J. (2017). *El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología*. Sociología Histórica, pp. 345-375. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/sh/article/view/269621>

Echevarria, D., Gaviria, V. y Vera, I. (2018). *Experiencia del cuidado a personas en situación de discapacidad desde la perspectiva de cuidadoras primarias en el municipio de Yarumal, 2018*. (Tesis de grado). Universidad de Antioquia. Yarumal.

Escuela de Enfermería, UNC. (2017). Introducción a la filosofía y ética profesional. Esencia del cuidar. Siete tesis. **Cita en el texto:** (Roselló, 2005, p. 119 – 125).

Expósito Unday, D., y González Valero, J. A. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(2), 10-16.

Gómara, O., Amezcua, M., Huércanos, E. I., y Arroyo Rodríguez, A. (2014). El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 23(4), 244-249. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>

González, D. L. (2006). *Buscando un modelo de cuidado de enfermería para un entorno multicultural*. Ciudad de Coria, Cáceres. Gazeta de Antropología. Recuperado de: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/7118/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf?sequence=10&isAllowed=y

Guedes, E. y Corso, C. (2011). *La sistematización de experiencias como un espacio de formación integral. Eje: 2 incorporación curricular de la extensión*. Área de extensión, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Veterinaria, Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de: <https://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa2/la-sistematizacion-de-experi.pdf>

Guerrero Pérez, M. C. (2013). *Propuesta de modificación al programa de Enfermería para incluir temas sobre la discapacidad infantil*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000300003

Knowles, J., Leighton, C. y Stinson, W. (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/06Indicadores_Medicion_Desempeno_Sistema_Salud.pdf

Maldonado, V. (2013). *El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos*. Revista de Derecho UNED, núm. 12, p. 823. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/viewFile/11716/11163>

Ministerio de Justicia y derechos humanos. (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. Ley 26.378*. Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Oneto, L., y Moltedo, A. (2002). Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano: Una llave explicativa de la experiencia humana. *Revista Psiperpectiva Vol I, 2*.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de:
<https://drive.google.com/file/d/0B0FDpRVrEw1sYThxQnZITTJHNzQ/view>

Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista costarricense de psicología*. Vol. 32, N° 1. Recuperado de:
http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3878/psicologia_y_discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031264275707390

Ruiz, G. (2013). *La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia del debate teórico contemporáneo*. Buenos Aires, Argentina. CONICET. Recuperado de:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28711/CONICET_Digital_Nro.055dd7c3-9db8-4729-b15e-4293cdb19e90_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ruiz Ríos A. E. (2012). *Cuidadores: responsabilidad – obligaciones*. México. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

Staroselsky, T. (2015). Consideraciones en torno al concepto de experiencia en Walter Benjamín. X Jornadas de Investigación en Filosofía, 19 al 21 de agosto de 2015. Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Recuperado de:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7648/ev.7648.pdf

Toboso, M. M. (2008, segundo semestre). *La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen*. Aracauria, 3. Recuperado de: https://www.fuhem.es/wp-content/uploads/2019/08/Discapacidad_enfoque_Amartya_Sen.pdf

Unday, D. E. y Valero González, J. A. (2017). *Sistematización de experiencia como método de investigación*. Universidad de Ciencias Médicas, Sancti Spíritus, Cuba. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000200003

Velázquez, E. (2009). Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad. *Intersticio revista sociológica del pensamiento crítico*, vol. 3 (2). Recuperado de: <file:///C:/Users/Yamila/Downloads/4557-Texto%20del%20art%C3%ADculo-15476-2-10-20090722.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 1: Autorización para el ingreso a la institución

Córdoba, abril de 2022

A la Sra. Directora Técnica del
Cottolengo Don Orión
Vela, Eugenia
S _____ // _____ D

Me dirijo a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el fin de solicitar autorización para el ingreso a la institución, con el propósito de realizar el proyecto de investigación “Experiencia de cuidado a personas con discapacidad de los enfermeros/as del Cottolengo Don Orión, en el año 2022”, donde su objetivo es conocer la experiencia de los enfermeros en relación con el cuidado de personas con discapacidad, presentado por las autoras Moreno Yamila Marianella y Rivadero Carla Dayana en el marco de Trabajo Final de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Sin otro particular y a la espera de una pronta y favorable respuesta, saluda a usted atentamente.

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I: _____

Córdoba, abril de 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tenemos el agrado de invitarlo a participar de una investigación sobre **“Experiencia de cuidado a personas con discapacidad, estudio descriptivo transversal por realizarse en los enfermeros/as del Cottolengo Don Orione, en el año 2022”**.

Los datos ofrecidos para este trabajo serán confidenciales y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho al resguardo de la identidad y la posibilidad de no ser parte del estudio en el momento que considere necesario. Si alguna de las preguntas le genera incomodidad, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Tenga en cuenta que todos los datos ofrecidos serán únicamente utilizados con los fines de la investigación.

Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento antes o durante su participación en él.

Si usted desea participar, deberá firmar este documento que significa que ha leído y comprendido la información presentada.

Desde ya agradecemos su participación.

Nombre del participante: Firma: Aclaración:

Nombre del investigador: Firma: Aclaración:

Córdoba, abril de 2022

El presente instrumento ha sido elaborado con el fin de obtener información sobre la experiencia de cuidado a personas con discapacidad en relación con el enfermero/a – sujeto de cuidado, enfermero/a – entorno social y, enfermero/a – contexto institucional.

Lea atentamente las consignas y ante cualquier duda o inconveniente podrá comunicarse con las autoras de la investigación.

La información que usted aporte será confidencial y anónima.

1. Datos socio – demográficos

Edad: 20-30

31-40

41 o +

Género: Femenino

Masculino

Otro

Religión: Católica

Otra

Formación académica: Pregrado

Grado

Posgrado

Nivel de formación:

Terciario

Universitario

Años de antigüedad en la institución:

1-5

6-10

11 o +

2. Características generales que determinaron el ingreso

¿Cuáles son los motivos que condicionó la elección de la institución para trabajar? _____

¿Recuerda cómo se sentía el primer día de trabajo?

3. Introducción a la temática de investigación en relación los enfermeros/as – sujeto de cuidado.

¿Mediante qué herramientas usted realiza actividades de acompañamiento para el sujeto de cuidado? _____

¿Usted tiene dificultades para relacionarse con el sujeto de cuidado?

Si ¿Cuáles? _____

No

¿Usted realiza estrategias para relacionarse con el sujeto de cuidado?

Si ¿Cuáles? _____

No

¿Cómo maneja usted las técnicas de habilidad comunicativa con el sujeto de cuidado? _____

¿Usted ha adquirido habilidades para la aplicación de procedimientos y técnicas que el sujeto de cuidado necesita?

Si ¿Cuáles? _____

¿Qué dificultades ha tenido al ejecutarlas? _____

No

Con Respecto a la pregunta anterior, ¿Qué impacto reconoce usted que tiene en la salud de los sujeto de cuidado? _____

¿Cómo ha sido su experiencia con respecto a la interrelación enfermería-sujeto de cuidado? _____

4. Introducción a la temática de investigación en relación con enfermero/a – entorno social.

¿Qué actividades usted realiza para que el sujeto de cuidado tenga oportunidad de relacionarse con su entorno social? _____

¿Qué actitudes tiene usted para fomentar los derechos de los sujetos de cuidado para su desarrollo en el entorno social? _____

En circunstancias posibles, ¿Usted realiza educación para la salud al sujeto de cuidado?

Sí

No

En caso de que su respuesta sea afirmativa ¿De qué manera y acerca de que temas indaga? _____

¿Cómo describiría su experiencia en la participación con respecto a la relación sujeto de cuidado- entorno social?

5. Introducción a la temática de investigación en relación con el enfermero/a – contexto institucional.

¿Cuáles son los beneficios que aportan la infraestructura y recursos de la

institución para realizar los cuidados integrales al sujeto de cuidado?

¿Usted considera que la capacitación que brinda la institución es suficiente para orientarse en el desempeño laboral en esta área?

Sí

No

¿Considera que la institución permite libertad y autonomía para la realización de cuidados?

Sí ¿Por qué? _____

No ¿Por qué? _____

¿Qué habilidades se implementan para el desarrollo del paradigma que se aplica en la institución? _____

¿Cómo reseñaría las vivencias del equipo de salud en relación con las pautas institucionales?

Preguntas finales como cierre

¿Qué recomendaciones brindaría para mejorar la realización de los cuidados?

¿Qué aportes podría brindar para esta investigación?

Asegúrese por favor, de haber contestado todas las preguntas.

¡¡Muchas gracias por su colaboración!!

Anexo N° 4: Matriz decisional

N° De Miembros	Edad			Género			Religión		Nivel de Formación			Lugar de Formación		Años de Antigüedad De la institución.		
	20-30	31-40	41 o +	F	M	O	Católico	Otros	Pregrado	Grado	Postgrado	Terciario	Univ.	1-5	6-10	11 o +
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																

Fuente: Primaria- cédula de entrevista

MATRIZ DECISIONAL: PREGUNTAS SEMI-ESTRUCTURADAS.

Datos de características generales que determinaron el ingreso del personal de enfermería.		
Miembros entrevistados.	Motivos por el cual condicionó la elección de la institución para trabajar.	Sentimientos presentes en el primer día de trabajo.
	Categorías	
1	A B C ...	A B C ...
2	A B C ...	A B C ...
3	A B C ...	A B C ...
...	A B C ...	A B C ...
14	A B C ...	A B C ...

Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

TABLA MATRIZ: PREGUNTAS ABIERTAS.

Datos del instrumento						
Temática en relación al enfermeros/as- sujeto de cuidado						
Miembros entrevistados	Uso de herramientas para brindar acompañamiento al sujeto de cuidado	Incorporación de estrategias para relacionarse con el sujeto de cuidado		Manejo de diversas técnicas y habilidades comunicativas, según la particularidad del sujeto	Adquisición de habilidades para la realización de procedimientos – técnicas que los sujetos de cuidado necesitan	
	Uso de herramientas para realizar actividades que se brinda para el acompañamiento al sujeto de cuidado.	Dificultades para relacionarse con el sujeto de cuidado	Estrategias utilizadas para relacionarse con el sujeto de cuidado.	Métodos de manejo de técnicas de la habilidad comunicativa con cada sujeto de cuidado.	Dificultades que se tiene en la aplicación de procedimientos y técnicas que se realiza.	Impacto de las dificultades en la salud del sujeto de cuidado.
	Como ha sido la experiencia con respecto a la interrelación enfermera/o-sujeto de cuidado					
	Categorías					
1	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C

2	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C

...	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C

14	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C

Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

MATRIZ DECISIONAL: PREGUNTAS ABIERTAS.

Datos del instrumento.			
Miembros entrevistados.	Temática en relación con el sujeto de cuidado-entorno social.		
	Actividades recreativas incorporadas para la práctica de cuidado de cuidado	Actitudes que fomentan los derechos del sujeto de cuidado.	Asesoramiento a la familia acerca del sujeto de cuidado
	Actividades que se realiza para que el sujeto de cuidado tenga oportunidad para relacionarse con su entorno social.	Actitudes que se tiene para fomentar para los derechos de los sujetos de cuidado para su desarrollo en el entorno social.	Realización de educación para la salud a los sujetos de cuidado, modo y temas indagados al realizarlo.
	Descripción de la experiencia en la participación con respecto a la relación – entorno social.		
	categorías		
1	A B C ...	A B C ...	A B C ...
2	A B C ...	A B C ...	A B C ...
...	A B C ...	A B C ...	A B C ...
14	A B C ...	A B C ...	A B C ...

Fuente: Primaria - cédula de entrevista.

MATRIZ DECISIONAL: PREGUNTAS SEMI-ESTRUCTURADAS.

Datos del instrumento.				
Temática en relación con el enfermero/a- contexto institucional.				
Miembros encuestados.	Manejo de la infraestructura y recursos disponibles.	Actividades de capacitación dentro de la institucional.	Capacidad de autonomía y libertad profesional en el quehacer diario.	Tácticas para el desarrollo del paradigma institucional
	Beneficios que aportan la infraestructura y recursos de la institución para realizar los cuidados integrales al sujeto de cuidado.	Opinión sobre la capacitación que brinda la institución para orientarse en el desempeño laboral.	Opinión sobre si la institución permite la libertad y autonomía en la realización de cuidados.	Habilidades que se implementan para el desarrollo del paradigma que se aplica en la institución.
	Reseña de las vivencias del equipo de salud en relación con las pautas institucionales			
	Categorías			
1	A	A	A	A
	B	B	B	B
	C	C	C	C

2	A	A	A	A
	B	B	B	B
	C	C	C	C

...	A	A	A	A
	B	B	B	B
	C	C	C	C

14	A	A	A	A
	B	B	B	B
	C	C	C	C

Fuente: Primaria - cédula de entrevista.