



2022 - "Las Malvinas son argentinas"

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE TRABAJO FINAL**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO FAMILIAR QUE
IMPLEMENTAN LOS ENFERMEROS EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR
COVID-19**

Estudio a realizarse con Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022

ASESORA METODOLÓGICA
PROF. ESP. FERNANDEZ-DIEZ, Marina

AUTORES

BAZAN Karina Soledad

BRIZUELA, Clara Victoria

Córdoba, 8 de mayo 2022

Datos de las autoras

BAZAN, Karina Soledad. Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, en el año 2015. Inició su desempeño profesional en el año 2017 en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende hasta la actualidad.

BRIZUELA, Clara Victoria. Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, en el año 2016. Técnica en Alimentación, con Orientación Bromatológica, recibida en el Instituto “Superior Zarela Moyano de Toledo” de la Ciudad de Jesús María. Recibida en el año 2008.

Agradecimientos

A Dios, por darnos la fuerza y la confianza para sostenernos en este proyecto.

A nuestros padres, por enseñarnos valores como humildad, respeto, sencillez, honestidad y la dignidad.

A nuestros hijos y compañeros de la vida, por cuidarnos, comprender nuestras ausencias y darnos ánimo para seguir adelante.

A los docentes de la cátedra por su colaboración, paciencia y disponibilidad en los momentos de elaboración de este proyecto. En Especial a la Prof. Esp. Fernandez-Diez, Marina, por brindarnos su más sincero apoyo y sus oraciones que nos ayudaron a lograr esta victoria.

Gracias a todos por la ayuda y el apoyo recibido.

Prólogo

La pandemia por coronavirus afectó al mundo entero, y posicionó a la humanidad en un contexto de desolación e incertidumbre al respecto de cómo enfrentar las condiciones de salud día a día, brindar cuidados de enfermería con eficacia, eficiencia y de calidad, y proteger a quienes se tiene en proximidad. Tal circunstancia se vio profundizada en aquellas personas que son parte de la primera línea en este escenario, los trabajadores de la salud que estuvieron, desde un primer momento, expuestos directamente a la letalidad del virus y, a su vez, de la posibilidad de infectar de manera indirecta a quienes tenían cerca

Frente a esto, resulta necesario establecer que la realización de una investigación que tenga en consideración las estrategias de autocuidado y cuidado familiar que han tenido los enfermeros en los últimos dos años resulta conveniente en tanto se apunta a un beneficio destinado a las buenas prácticas de cuidado en la sociedad y el ámbito hospitalario, como así también a la especial atención respecto a las técnicas de autocuidado personal aplicadas para prevenir contagios. De tal forma, es de relevancia al momento de la prevención y promoción para mantener la salud de las personas, los pacientes y sus familias.

En razón de lo anterior, y teniendo en cuenta que para comprender la enfermería actual y al mismo tiempo prepararse para el futuro, se han de entender no sólo los acontecimientos del pasado, sino también la práctica contemporánea de la disciplina y los factores sociológicos e históricos que influyen en ella, el presente proyecto de investigación se propone establecer las estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de la ciudad de Córdoba durante diciembre del 2022.

Con ello, se pretende crear un antecedente de investigación regional en la temática, para lo cual es elemental que su realización sea lo más clara, concisa, detallada y explícita posible para establecer y mantener prácticas y estrategias efectiva con el equipo de enfermeras y los otros actores intervinientes en el proceso, como así también para que se respeten normativas y legislaciones vigentes, y se atiendan protocolos, normas y procedimientos

Para tal objetivo, la construcción metodológica es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, y el universo de estudio estará conformada por enfermeros profesionales

que trabajaron en el Hospital Transito Cáceres Allende de la Ciudad de Córdoba, durante el contexto de pandemia. Por otro lado, la fuente será primaria y la técnica de recolección será una encuesta en modalidad auto administrada, cuyo instrumento constará de un cuestionario de modalidad mixta con preguntas abiertas y semiestructuradas, que consta de 4 momentos (datos sociodemográficos de cada estudiante encuestado, preguntas de apertura, preguntas relacionadas con las dimensiones y preguntas de cierre). Por último, este proyecto se encuentra organizado en dos capítulos:

Capítulo I: plantea y define el problema de estudio, su justificación; se desarrolla el marco teórico y se incluyen definición conceptual de la variable, objetivo general y específicos que persiguen la investigación

Capítulo II: se desarrolla la metodología que se utilizará, el tipo de estudio, la operacionalización de la variable, el universo, el tipo de fuente utilizada, la técnica o instrumento para la recolección de datos y los planes -de procesamiento, presentaciones y análisis de datos- cronograma de actividades, presupuestos y referencias bibliográficas (según normas APA).

Además se incluye un apartado para anexos, donde se incorporan las notas de autorización destinadas a las autoridades de las instituciones, consentimiento informado, el instrumento y quedan las Referencias Bibliográficas para su consulta.

Índice

Capítulo 1: El Problema de Investigación	7
Planteo y definición del problema	8
Problema de Investigación	18
Justificación	20
Marco teórico.....	22
Definición conceptual de la variable.....	48
Objetivos	52
Objetivo general	52
Objetivos específicos	52
Capítulo 2: Diseño Metodológico	53
Tipo de Estudio.....	54
Población y Muestra.....	56
Fuente, Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	56
Plan de Recolección de Datos	57
Plan de Procesamiento de Datos.....	58
Plan de Presentación de Datos.....	58
Plan de Análisis de Datos.....	64
Cronograma de actividades	64
Presupuesto.....	64
Referencia Bibliográficas.....	66
Anexos	73
Anexo 1: Solicitud de Autorización.....	73
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	74
Anexo 3: Formulario Cuestionario auto administrado.....	76
Anexo 4: Tabla Matriz de preguntas semiestructuradas	88

Capítulo 1: El Problema de Investigación

Planteo y definición del problema

La pandemia del coronavirus es una afección a nivel mundial, que coloca a los seres humanos en un contexto de desolación e incertidumbre sobre cómo enfrentar las condiciones de salud día a día, brindar cuidados de enfermería con eficacia, eficiencia y de calidad, preguntas y respuestas que son modificadas de acuerdo al desenvolvimiento de este virus. Ante este escenario, y para comenzar con el presente proyecto de investigación, es necesario traer a colación lo que la Presidente del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Annette Kennedy, sostuvo en muestra de apoyo a las enfermeras que están combatiendo el Coronavirus:

Dispensar cuidados de enfermería a personas con una infección tan grave conlleva riesgos y espero que sus colegas permanezcan seguras y en buena salud mientras cumplen con sus obligaciones de forma tan desinteresada. La asistencia prestada a personas y familias para abordar esta situación representa un servicio de valor fundamental por parte de las enfermeras y merece todos mis elogios (CIE, 2020, párr. 3).

Por otro lado, el Director General del CIE, Howard Catton, alabó el trabajo y el coraje de las enfermeras en primera línea tratando y previniendo la difusión del brote de coronavirus y destacó la importancia de que las enfermeras y todo el personal sanitario tuviera acceso a equipos y ropa de seguridad para enfrentarse a este virus. En ese sentido, afirma

Las enfermeras de todo el mundo pensarán en las enfermeras y en todo el personal sanitario que está combatiendo este virus y les enviarán su apoyo. Desde el CIE nos solidarizamos con nuestros colegas y trabajaremos para sostener los esfuerzos globales coordinados en la lucha para contener la difusión de esta grave infección. (CIE, 2020, párr. 6)

Tal es así que, desde que comenzó la pandemia, la participación e implicación de los profesionales enfermeros ha sido una pieza clave en la gestión realizada por parte de los distintos centros, instituciones y sistemas sanitarios de alrededor del mundo. A partir de sus distintos roles (gestor, asistencial, docente, investigador) los profesionales protagonizaron muchos de los procesos contemplados en esa readaptación del modelo asistencial vigente impuesta por las exigencias de la crisis generada por el SARS-CoV-2 y en la que han quedado patentes las principales habilidades inherentes a esta profesión: flexibilidad, adaptabilidad, creatividad, trabajo en equipo, empatía, capacidad

organizativa y, sobre todo, perspectiva humanista del cuidado y visión holística del paciente (ELSEVIER, 2020).

De tal forma, el rol desarrollado por la enfermería en la planificación, elaboración, puesta en marcha, implementación y supervisión de los protocolos frente a la circunstancia de pandemia ha posicionado la labor de los enfermeros como un factor determinante -y, por lo tanto, insustituible- en todo ese proceso complejo, cambiante y frenético que ha supuesto la atención a los pacientes afectados por esta enfermedad. Por otro lado, este protagonismo en la gestión de la crisis sanitaria ha supuesto para este colectivo un recorrido de doble sentido ya que, de forma paralela a su aportación a nivel asistencial y logístico, la pandemia ha proporcionado a estos profesionales una experiencia “a otro nivel”, en la que han adquirido nuevas capacitaciones -aprendidas en tiempo récord-, además de potenciar su liderazgo y abrir nuevas perspectivas que definen las líneas de futuro hacia las que debe enfocarse la profesión (ELSEVIER, 2020).

Ahora bien, en el mundo hay aproximadamente 28 millones de profesionales de enfermería, 30% de los cuales, o unos 8,4 millones, trabajan en la Región de las Américas. Estos profesionales representan el 56% de la fuerza laboral de salud total (constituida por dentistas, enfermeros, farmacéuticos, médicos y parteras), un porcentaje inferior al promedio mundial, estimado en 59%. Más del 80% de los profesionales de enfermería se encuentra en países cuyas poblaciones, en conjunto, representan la mitad de la población mundial. A nivel mundial se estima una escasez de 5,9 millones de profesionales, y se calcula que el 89% (5,3 millones) de este déficit se concentra en los países de ingresos bajos y medianos-bajos (Cassiani, Munar Jiménez, Umpierrez Ferreira, Peduzzi y Leija Hernández, 2020).

A nivel mundial, en el 37% de los países se han informado medidas para prevenir ataques a los trabajadores de la salud. Entre el 1 de enero de 2019 y el 1 de enero del 2020, el Sistema de Vigilancia de Ataques a la Atención de la Salud de la OMS registró 1005 ataques al personal de atención sanitaria, lo que resultó en 198 muertes y 626 lesiones de trabajadores de la salud y pacientes en 11 países que enfrentan emergencias complejas. Esto es particularmente importante en el contexto de la pandemia actual de COVID-19, ya que en los últimos meses han surgido muchos reportes de ataques a profesionales de enfermería y de salud (Cassiani et al, 2020).

Asimismo, la pandemia ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como el déficit de profesionales de enfermería para enfrentar la situación desde la primera línea de atención. Para contener y mitigar la COVID-19 en la Región de

las Américas es fundamental contar con equipos de protección individual idóneos y suficientes, acciones de formación continua, condiciones laborales dignas, protocolos acordes a los estándares internacionales, equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, herramientas tecnológicas en el marco de la telesalud y voluntad política desde las instancias directivas de las instituciones de salud (Cassiani et al, 2020).

Si se tienen en cuenta y se implementan las medidas anteriores, los profesionales de enfermería tendrán la oportunidad de demostrar todo su potencial como gestores del cuidado mediante acciones de educación y orientación, implementación de prácticas de autocuidado, y comunicación asertiva dirigida a la persona, la familia y la comunidad. El apoyo que puede brindar el personal de enfermería en este escenario es fundamental para mitigar las dificultades que presentan los servicios de salud, así como para favorecer las medidas de protección personal y la abogacía en beneficio del ser humano (Cassiani et al, 2020).

Por otro lado, los gobiernos, con el apoyo de otros actores interesados, deben potenciar una aceleración de esfuerzos para desarrollar la capacidad de liderazgo, administración y gestión de enfermería; avanzar en las agendas relevantes de educación, salud, empleo y género; optimizar el retorno de las inversiones actuales en enfermería mediante la adopción de las opciones de políticas requeridas en educación, trabajo decente, despliegue, práctica, productividad, regulación y retención de la fuerza laboral de enfermería; generar una inversión masiva en la fuerza laboral de la salud y en la enfermería como parte de ella, y aprovechar a la profesión para obtener múltiples resultados de desarrollo, inclusive la creación de empleo, el equilibrio de género y el empoderamiento de los jóvenes (Cassiani et al, 2020).

Así, la pandemia actual por COVID-19 ha mostrado la necesidad e importancia de disponer de profesionales de salud en número adecuado a las necesidades de cuidados y con buenas condiciones de trabajo (inclusive equipos de protección individual y otros recursos, apoyo al trabajo en equipo y educación continuada), así como el rol relevante que desempeñan los profesionales de enfermería en los sistemas de salud. Ramírez Pereira (2020), en la publicación *Cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19*(2020) se expresa que la pandemia por COVID-19 ha traído consigo un aumento importante de la demanda de cuidados de salud, que ha sido afrontado con extrema dificultad por la mayoría de los países del mundo.

Con la pandemia en que se encuentra el planeta, se hacen más evidentes los Determinantes Sociales en Salud y con ello, las desigualdades al interior de los países como son el acceso a atención de salud, a agua potable, a internet, acceso a viviendas dignas, como así también las desigualdades de género y cuidados, en las cuales las más afectadas son las mujeres, quienes históricamente se han llevado la responsabilidad de los cuidados en el hogar y que además constituyen el 70% de la fuerza de trabajo en salud. (Ramírez Pereira, 2020, párr.2).

Esta crisis de salud sin precedentes impactó todos los aspectos de la vida diaria, pero su impacto en los trabajadores de la salud es inmenso. Aunque no todos se encuentran en contacto directo con estos pacientes, de una u otra manera llevan el peso del sistema. Todos aquellos a cargo del cuidado directo de estos enfermos, médicos, enfermeras, personal técnico y de apoyo, se convierten en su familia y soporte, representando una red de apoyo del paciente que está aislado y solo, lo que aumenta la carga de estrés. Además, algunos trabajadores de la salud y profesionales expuestos están en cuarentena, están físicamente aislados de sus familias, colegas y red de apoyo. Otros han elegido voluntariamente alejarse de su familia y seres queridos, tratando de evitar exponerlos de forma inadvertida (Macaya y Arada, 2020).

Así, todos los involucrados están viviendo un periodo de carga laboral y emocional diferente y mayor a lo que se conocía como normal. La percepción puede aparecer como catastrófica para el sistema y las personas involucradas, en un periodo de crisis que está en evolución, por lo que, en todo ámbito, las recomendaciones que son válidas hoy pueden ser diferente mañana. Ante ello, el cuidado equipo de salud trata de fomentar desde variadas perspectivas el cuidado y autocuidado de las personas involucradas en la atención de pacientes. En ese sentido, es menester enfatizar en el hecho de que el cuidado es el eje de la enfermería y de la existencia humana en sí misma, en tanto que todos cuidamos, todos hemos sido cuidados y también practicamos el autocuidado. De tal forma, esta práctica es un fenómeno único en el cual hay una interacción recíproca y es parte del mundo que nos rodea, de la cultura y de los valores. En lo que respecta a la salud, es posible aseverar que permite apoyar la satisfacción de las necesidades de la persona con el objetivo de promover, mantener o recuperar su salud (Dandicourt Thomas, 2018).

Ahora bien, a diferencia del resto del mundo, Latinoamérica tuvo aproximadamente 3 meses para prepararse antes del COVID-19 en lo que respecta a

organización intersectorial, compra de equipos e insumos, educación y entrenamiento del personal de salud y población y preparación de las canastas de ayuda social, aun así, la respuesta ha sido deficiente en varios países de la región, con un alto número de contagiados, alta letalidad de la patología y graves problemas sociales (CEPAL, 2020).

En tal preparación, se requirieron políticas públicas centradas en la dignificación del cuidado, con remuneraciones adecuadas y seguridad laboral, en tanto que el superar la pandemia debe considerar todos los actores sociales; gobierno, comunidades, empresas, asociaciones profesionales, fundaciones, como así también la transferencia del conocimiento, el cual debe ser convertido en un bien público, con acceso de todas las naciones, independiente de su nivel de desarrollo (Pereira Ramírez, 2020).

Particularmente en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación dispuso el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) en una medida excepcional que el gobierno nacional adoptó en un contexto crítico para brindar cuidados a la población. Con el fin de proteger la salud pública frente a la propagación del nuevo coronavirus, se dispuso que todas las personas que habitaran, o se encontraran temporalmente en las jurisdicciones donde rige esta normativa deberían permanecer en sus domicilios habituales, sólo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. No obstante, considerando que la situación epidemiológica no es homogénea dentro del territorio nacional, la administración del aislamiento adoptó una modalidad que contempló la realidad de las diversas jurisdicciones del país (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Por otro lado, es también importante recalcar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó el 4 de marzo de 2020 que la Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante de la región, con 4 cada 10.000 personas (mientras que Chile tiene 22 cada 10.000; Uruguay 18,9; Paraguay 14,6; Brasil 7,1 y Bolivia 5,1). En Argentina, la escasez de enfermeros que afecta al sector sanitario, es motivo de una sobre carga laboral de aquellos que no tienen el beneficio de licencia extraordinaria, cubriendo las necesidades de recursos humanos en diferentes servicios todos los días, ocasionando dificultad de comunicación, desgano, elevado nivel de licencias por carpetas médicas, psiquiátricas o tareas livianas, entre las que se suman licencias preventivas, ante contactos con posibles pacientes con COVID-19, con el consiguiente deterioro en la calidad de la atención dispensada (OPS, 2020).

Para continuar, y en pos de contextualizar el lugar donde el presente proyecto se llevará a cabo, es necesario establecer que el Hospital Tránsito Cáceres de Allende (HTCA) de Córdoba, nace como un sueño de doña Transito Cáceres de Allende, quien falleció en 1916 sin llegar a ver realizado su gran anhelo, un nosocomio para ayudar a los enfermos tuberculosos. Al principio el hospital contaba con una sola planta y espacio físico para albergar a 198 pacientes internados. En 1951 el HTCA pasa a ser parte del patrimonio de la Provincia de Córdoba, pasando a ser gestión pública con personal incluido en el presupuesto oficial.

Con el correr de los años las necesidades sanitarias de la población y los avances tecnológicos de la medicina llevaron a una modernización y cambio de perspectiva. Actualmente, es Hospital Escuela de mediana complejidad, originalmente especializado en infecciones y Neumonología, hoy en día es un referente en el ámbito de politraumatismos, se destaca el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (SCiMA), modalidad que permite al paciente ahorrar tiempo y molestias, minimizando la estadía en internación y la posibilidad de complicaciones. El paciente puede así, reincorporarse rápidamente a sus actividades. El SCiMA se centra en cinco especialidades tales como; Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Ginecología.

Otro servicio destacado del Hospital es Salud para la Mujer, articulado con los programas del Ministerio de Salud, para cuidar integralmente a la mujer. El Hospital Transito (HT) como también se lo conoce, además ofrece los siguientes servicios: Atención en consultorios externos, Área especial de Discapacidad, Farmacia, Guardia Central, Hemoterapia, Rayos y Ecografía, Laboratorio Central, Laboratorio de Bioquímica, Servicio Social, y Vacunatorio.

En el HTCA se puede encontrar profesionales de las principales especialidades médicas, y profesionales odontológicos, con equipamiento de primer nivel. El servicio de Imágenes y Laboratorio, Atención Ambulatoria, Consultorios Externos y el Servicio de Internación. Se reciben pacientes con derivación hospitalaria del interior de la provincia y del país, como así también de otros centros médicos de la misma capital, pacientes con internación ambulatoria en situación de calle o abandono familiar, de diferentes culturas, religiones, nivel socioeconómico, para los cuales se ofrece la misma calidad de atención y servicios, cuidados con eficacia, eficiencia y buen trato.

Particularmente el servicio de Enfermería del Hospital, sustentado en la metodología propia, brinda cuidados a enfermos holísticos, con compromiso, equidad y actitud crítica, creativa, enfocado en las personas y en su entorno. Se centra en desarrollar atención de calidad, basada en valores éticos y responsabilidad social, promocionando un trato de alto contenido humano, tanto para los usuarios como para los miembros del equipo del servicio y en estos, su desarrollo profesional. En razón de lo anterior, su visión gira en torno a lograr una atención innovadora, competitiva, capaz de adaptarse a las demandas futuras de la sociedad. Consolidando un Modelo Teórico de Enfermería, propio del Servicio y un equipo altamente calificado, en un ambiente laboral saludable.

En esta institución, y a partir de una primera observación, se puede advertir que en la actualidad hay una alta demanda de asistencia sanitaria de la población, mezcla de incertidumbre, dudas, sin concurrir al médico por una afección en la salud o no, elevado índice de automedicación sin consultar al médico en consultorio por el temor al contagio del COVID-19, ocasionando en algunas oportunidades que la atención y tratamiento sea tardío y agrave el actual estado de salud del paciente. Aquellos con enfermedades crónicas abandonan los tratamientos, hay malas técnicas del uso de elementos de protección personal por parte del profesional de salud, elevando el riesgo de contagio falta de atención en el cuidado y autocuidado de la salud propia de los individuos y su entorno ya sea por ignorancia o negligencia.

Ante los contextos antes mencionados, se observó que los elementos de protección personal que, según las recomendaciones de la OMS deben ser llevados a cabo por el personal de salud para la asistencia de casos sospechosos y casos confirmados de covid-19 disponen de uso adecuado, un correcto resguardo, optimizando el buen uso y la sustentabilidad del recurso. Precisamente en el servicio de internado, las supervisoras de cada turno son las encargadas de distribuir al personal de enfermería los insumos que serán usados durante la guardia de 8 horas consecutivas. Se le hace entrega a cada enfermero 1 barbijo N95, 3 barbijos quirúrgicos, 3 batas de aislamiento azules de un solo uso, 2 pares de botas de aislamiento, 1 caja de guantes de látex para todo el turno, gafas o antiparras para protección ocular y 1 escafandra, estos últimos de uso personal.

El personal de turno mañana prepara en un recipiente 1 sobre de viodex, que es un limpiador desinfectante en un litro de agua que será usado por los 3 turnos para rociar y desinfectar al enfermero que se retira de la habitación luego de asistir a los pacientes posibles o casos confirmados de covid-19. También se observó que el personal de

enfermería no cuenta con un espacio para vestirse o retirarse los elementos de protección personal, antes y después del contacto con los pacientes con covid-19. El enfermero retira los elementos y la tira dentro de un cesto de basura con bolsa roja para residuos patógenos que se encuentra en la habitación del paciente, y no tiene tapa.

Por otro lado, los médicos y enfermeros realizan el lavado de manos en el mismo espacio donde se prepara la medicación para ser administrada a los pacientes, cuentan con agua caliente y fría, un frasco de clorexilina que en algunas ocasiones escasea el stock del mismo y se realiza el lavado con jabón líquido. El secado de las manos se hace con toallas de papel y posteriormente colocan alcohol líquido al 70% en sus manos. Además, el personal de limpieza realiza higiene en las habitaciones y utiliza los mismos insumos para cada habitación, incluidas las de covid-19, y el ingreso de visitas familiares está suspendido, no hay un puesto de control de servicio de seguridad fijo en los pisos de internado, por lo que las medidas de seguridad se ven alteradas.

Así, en resumen, se ha observado que:

- Hay una alta demanda de asistencia sanitaria de la población generando en el personal de Enfermería una mayor exposición al virus
- El personal muestra incertidumbre y preocupación por su salud y el de su familia.
- El personal de Enfermería sabe utilizar los equipos de protección personal adecuadamente.
- Se observa limitada disponibilidad de los elementos de protección.
- Es posible advertir la dificultad que presenta el personal para poner en práctica los conocimientos brindados en capacitaciones para prevenir contagios.

Es así que, una vez posicionados en la institución y con la atención focalizada en aquellos aspectos relevantes para la temática a abordar, el camino lógico de la investigación construye ciertos interrogantes cuya respuesta es menester para poder determinar el problema de investigación del presente proyecto. En ese sentido, se recurrió a antecedentes sobre lo que significa una pandemia teniendo en cuenta que el COVID-19 es un nuevo virus en proceso de estudio donde hasta la actualidad no tiene fijado vacunación para prevenir el contagio.

1. ¿Qué cuidados aplica enfermería para su familia en este proceso de pandemia?

Respecto a este interrogante, es posible remitirse a la publicación realizada por Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y titulada *Cuidados en el hogar durante el aislamiento domiciliario o cuarentena*(2020) en la cual comparten recomendaciones para el cuidado y organización del hogar, las cuales giran en torno a:

- Quitarse los calzados al llegar a la casa y lavarse las manos con jabón durante 30 segundos hasta el antebrazo y según las indicaciones, antes de entrar en contacto con los miembros de la familia que conviven en el hogar. Secarse con toalla limpia o papel desechable y desinfectarlas con alcohol al 70%
- Evitar apoyar las bolsas de las compras y otros objetos en las superficies de uso diario. Para la desinfección de las superficies de uso diario, picaportes, llaves, celular, y otros elementos, usar una solución de lavandina al 5%: diluida en agua (1 taza de lavandina y 9 tazas de agua) Se puede colocar esta solución en una botella de plástico con un rociador para la desinfección de objetos y superficies. Igualmente se puede utilizar alcohol al 70%.
- Cambiarse la ropa con la que se estuvo en la calle. Esto es especialmente importante cuando cuidamos de una persona enferma. Colocar la ropa en una bolsa, atarla y luego trasladarla para el lavado.
- El lavado de las prendas debe hacerse con detergente de uso doméstico, a mano o en lavadora, sin mezclar con ropas de otros miembros de la familia.
- El lavado de productos comestibles envasados, incluidos latas, frascos, sachets, tetra pack y potes se hace con agua y jabón.
- El lavado de frutas y verduras se hace con agua y un par de gotas de lavandina (por cada litro de agua colocar dos gotas de lavandina)
- Monitorear síntomas de la persona enferma, ya sean síntomas leves (fiebre, cansancio, tos seca): llamar al 154 para recibir indicaciones o síntomas graves (fiebre alta, dificultad para respirar): llamar al 154 para recibir nuevas instrucciones.

- En la casa, la persona enferma tiene que estar en una habitación independiente. Cuando esto no es posible, es necesario separar su cama lo más lejos posible de las otras camas.
- Evitar el contacto con otras personas que vivan en la casa.
- No debe recibir ni realizar visitas.
- No debe compartir cubiertos ni utensilios domésticos.
- El tapabocas debe ser utilizado únicamente por la persona enferma y la responsable de su cuidado.
- Tanto la persona enferma como la encargada de su cuidado deben lavarse regularmente las manos (30 segundos con jabón y secado con papel o toalla propia)
- Alimentación saludable.
- Ingerir mucho líquido
- Continuar con la medicación regular para la diabetes, hipertensión, y otras, salvo que el médico indique lo contrario.
- Limpiar el baño y las superficies y los objetos que se tocan con frecuencia (mesas, interruptores de luz, y manijas de las puertas, celulares, entre otros) con la solución de lavandina descrita anteriormente.

2. ¿Qué tipo de estrategias de autocuidado utilizan los profesionales de salud para evitar contagiarse?

Los grandes cambios mundiales y regionales, tanto políticos, sociales y sanitarios, han generado una situación de incertidumbre en todas las personas. Particularmente el personal de salud se ha visto muy estresado, en esta pandemia del coronavirus. Presentamos esta revisión con el objetivo de colaborar en la comprensión y contención de nuestros colegas del personal de salud. Por ello, Macaya y Aranda (2020) en *Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19* proponen como estrategias de autocuidado a las siguientes:

- Seleccione sus contactos y vías de información.
- Pida ayuda: si Ud. está a cargo del cuidado de niños y/o familiares que requieran ayuda, informe a su superior para encontrar una red de apoyo.
- Póngase en el lugar de los otros.
- Infórmese.
- Solicite información a sus jefaturas y, a su vez, mantenga informado a su equipo de trabajo.

- Participar en la elaboración de protocolos a nivel local.
- Elaborar estrategias y protocolos de atención según el escenario sanitario tanto actual como futuro.
- Mantenga hábitos saludables.
- Tome descansos cortos en el trabajo y en su casa.
- Realice ejercicio aeróbico para reducir el estrés.
- Intente no llevar los problemas a casa.

3. ¿Cuentan con los elementos de protección adecuados para evitar contagios?

El *Protocolo para la utilización de Equipos de Protección Personal (EPP) en trabajadores de salud* (2020) realizado por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, se sostiene que en la actual pandemia de COVID-19 es fundamental mantener la capacidad de respuesta y de adaptar las actividades en todos los sectores del hospital con el objetivo de prevenir la ocurrencia de casos de transmisión del virus. Se debe considerar que dicha transmisión puede producirse desde los pacientes al personal de salud, pero también entre miembros del personal y de estos a los pacientes. Es indispensable utilizar precauciones estándar y colocar los aislamientos correspondientes según recomendaciones de manera temprana: Contacto, Gotas y Aéreo si se utilizan procedimientos generadores de aerosoles (PGA). Resulta fundamental promover el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal. Su correcta colocación es imprescindible para evitar posibles vías de entrada del agente biológico; igualmente importante es el retiro de estos recursos para evitar el contacto con zonas contaminadas y/o dispersión del agente infeccioso. Todo el personal de salud debe considerar y ser capacitado sobre estas medidas para procurar el buen uso y sustentabilidad de estos equipos. No obstante, los autores dejan por sentado que las pautas contenidas en el presente documento se encuentran en revisión permanente en función de la evolución de la contingencia.

Problema de Investigación

En base a lo indagado en la búsqueda de antecedentes que tuvo lugar como respuesta a los interrogantes surgidos por las observaciones, la cual evidenció un claro vacío de investigación respecto al autocuidado y al cuidado familiar en escritos del tipo académico, sobre todo a nivel regional, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba durante el segundo semestre de 2022?

Justificación

La pandemia por coronavirus, sin lugar a dudas, resultó ser una afección mundial que posicionó a la humanidad en un contexto de desolación e incertidumbre respecto de cómo enfrentar las condiciones de salud día a día, brindar cuidados de enfermería con eficacia, eficiencia y de calidad, y proteger a quienes se tiene en proximidad. Tal circunstancia se vio profundizada en aquellas personas que son parte de la primera línea en este escenario, los trabajadores de la salud que estuvieron, desde un primer momento, expuestos directamente a la letalidad del virus y, a su vez, de la posibilidad de infectar de manera indirecta a quienes tenían cerca. Ante esto, y para comenzar con el presente proyecto de investigación, es necesario traer a colación lo que la Presidente del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Annette Kennedy, sostuvo en muestra de apoyo a las enfermeras que están combatiendo el Coronavirus:

Dispensar cuidados de enfermería a personas con una infección tan grave conlleva riesgos y espero que sus colegas permanezcan seguras y en buena salud mientras cumplen con sus obligaciones de forma tan desinteresada. La asistencia prestada a personas y familias para abordar esta situación representa un servicio de valor fundamental por parte de las enfermeras y merece todos mis elogios (CIE, 2020, párr. 3).

En vista de lo anterior, no resulta menor advertir que el rol desarrollado por la enfermería en la planificación, elaboración, puesta en marcha, implementación y supervisión de los protocolos frente a esta circunstancia ha posicionado la labor de los enfermeros como un factor determinante -y, por lo tanto, insustituible- en todas las instancias plagadas de sensaciones intensas y complejas. Además, este protagonismo en la gestión de la crisis sanitaria ha supuesto para el colectivo un recorrido de doble sentido ya que, de forma paralela a su aportación a nivel asistencial y logístico, la pandemia ha proporcionado a estos profesionales una experiencia “a otro nivel”, en la que han adquirido nuevas capacitaciones -aprendidas en tiempo récord-, además de potenciar su liderazgo y abrir nuevas perspectivas que definen las líneas de futuro hacia las que debe enfocarse la profesión (ELSEVIER, 2020).

Así, los profesionales de enfermería cuentan con la oportunidad de demostrar todo su potencial como gestores del cuidado mediante acciones de educación y orientación, implementación de prácticas de autocuidado, y comunicación asertiva dirigida a la

persona, la familia y la comunidad. Tal como se explayará en el cuerpo de este trabajo, el apoyo que puede brindar el personal de enfermería en este escenario es fundamental para mitigar las dificultades que presentan los servicios de salud, así como para favorecer las medidas de protección personal y la abogacía en beneficio del ser humano (Cassiani et al, 2020).

Ahora bien, frente a una realidad en constante cambio que atraviesa cada uno de los rincones sociales, y habiendo establecido las condiciones generales de la enfermería en ella, resulta necesario establecer que la realización de una investigación que tenga en consideración las estrategias de autocuidado y cuidado familiar que han tenido los enfermeros en los últimos dos años resulta conveniente en tanto se apunta a un beneficio destinado a las buenas prácticas de cuidado en la sociedad y el ámbito hospitalario, como así también a la especial atención respecto a las técnicas de autocuidado personal aplicadas para prevenir contagios. De tal forma, es de relevancia al momento de la prevención y promoción para mantener la salud de las personas, los pacientes y sus familias.

En el nivel más específico de la enfermería como práctica y filosofía humana, este proyecto puede realizar contribuciones que habiliten alternativas de tratamiento al problema planteado. Dicho de otro modo, este estudio implica la posibilidad no solo de conocer las características y estrategias de autocuidado y cuidado en el contexto de COVID-19 de las enfermeras y sus familias, sino también de lograr una aproximación general a las posibles demandas de autocuidado de la población, lo que habilita nuevas alternativas en torno a diseño de intervenciones cada vez más pertinentes y efectivas desde el propio campo de acción, la enfermería.

Además, se pretende crear un antecedente de investigación regional en la temática, para lo cual es elemental que su realización sea lo más clara, concisa, detallada y explícita posible para establecer y mantener prácticas y estrategias efectiva con el equipo de enfermeras y los otros actores intervinientes en el proceso, como así también para que se respeten normativas y legislaciones vigentes, y se atiendan protocolos, normas y procedimientos. Asimismo, con este estudio se ha pretendido introducir un elemento más para valorar los cambios producidos en la atención de enfermería tras la venida de un suceso inesperado que afecta directamente al oficio de enfermería, con la perspectiva de conseguir una visión real que permita la puesta en marcha de las pertinentes estrategias en el caso de que fuese necesario.

Marco teórico

Con el objetivo de procurar un recorrido teórico que garantice una lógica temática y contextual, en el siguiente apartado, que sirve para profundizar en las categorizaciones en las cuales se hace hincapié en este trabajo, se procederá a realizar un lineamiento que determine los aspectos esenciales respecto a la pandemia como fenómeno de la humanidad y circunstancia directamente relacionada con los trabajadores de la salud, en pos de explicar con mayor fundamento la razón que encuentra la temática abordada, en tanto: los cuidados y autocuidados a los que recurren los enfermeros con el COVID 19 como agente protagonista del último año y medio.

Ahora bien, para continuar, y en razón de lo anterior, será necesario establecer lo primordial en relación con las conceptualizaciones de las dimensiones cuidado y autocuidado, en tanto son aspectos esenciales a la hora de pensar a la enfermería como praxis y filosofía, sobre todo en la circunstancia que se encuentra atravesando el mundo. De tal forma, además de revisar las categorizaciones de los términos, se explicarán los aspectos y estrategias esenciales de cada uno, información que se enumera en diversos manuales y publicaciones referidas a la temática que aquí se presenta. Asimismo, será parte del presente marco teórico la referencia directa hacia el rol esencial de la bioseguridad en este contexto y se procederá a incluir, a modo de conclusión, una pequeña reflexión respecto al cuidado y al auto cuidado desde la dimensión psicológica y emocional.

Para adentrarse a la conceptualización del fenómeno que resulta de interés en este trabajo de investigación, puede señalarse que, desde los textos clásicos de Hipócrates, Aristóteles y Galeno,

Se usaron “endemia” y “epidemia” con significados similares a los actuales, en tanto que la palabra “pandemia” designa una enfermedad que afecta a todos (“pan”) los pueblos (“demos”). En ese sentido, el término “pandemia” podría aplicarse a cualquier epidemia que logre extenderse ampliamente (...) Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha buscado poner algo de orden, y proporcionar para “pandemia” una definición operativa, que implica la afectación de seres humanos (aunque uno podría describir pandemias porcinas o aviares), y que cumpla con un criterio de severidad manifiesta. No obstante, se argumentó que detrás de esa decisión podría haber influencias políticas cuando,

en 2009, la página de la OMS modificó su definición del término para incluir, además de su extensión geográfica, la severidad y letalidad en seres humanos (Rosselli, 2020, p. 169).

Desde 1999, y luego con su actualización en 2005, la OMS venía planteando unas guías para que todos los países estuvieran preparados para enfrentar una posible pandemia. La oportunidad llegó en 2009, con el brote de influenza H1N1. Interesante ver cómo en esa ocasión la OMS fue atacada por haber “sobreactuado” y haber exagerado la importancia de la enfermedad, mientras que en este brote de Covid-19 se la ha acusado de lo contrario, y haber demorado la declaratoria de pandemia. La interpretación de este dilema entre sembrar un pánico innecesario o promover la indiferencia, tanto para la epidemiología como para la historia, es un claro indicador de la complejidad inherente al comportamiento biológico de los brotes infecciosos (Rosselli, 2020).

Ahora bien, en 2009 la OMS estableció y divulgó las seis fases de una pandemia, a la vez que realizó entonces algunas aclaraciones sobre su documento, como por ejemplo advertir que las fases son una herramienta de planificación, y que no pretenden ser usadas como guía para predecir lo que sucederá en la pandemia, ni necesariamente implican que estas fases siempre ocurrirán en el mismo orden. Asimismo, advirtió la OMS que tal guía tampoco se aplica a los períodos posteriores al pico, ni a la post pandemia (que sería más acertado llamar inter pandemia), con sus respectivas actividades de recuperación social y económica. Además, es importante mencionar que, aunque la descripción original se refiere a brotes de influenza, estas fases se pueden aplicar a otras enfermedades infecciosas que se manifiesten a manera de brotes (Rosselli, 2020).

La fase 1 corresponde a la inter-pandemia, cuando se identifican e idealmente se vigilan los virus que existen en animales, y que tengan potencial de afectar seres humanos. Se denomina fase 2 cuando ya se detectan seres humanos afectados por alguno de estos virus de animales, ya sean estos últimos salvajes o domésticos. En la fase 3 se describen grupos de personas (clústeres) afectadas por la enfermedad con características comunes; aunque ya puede haber transmisión de persona a persona, esta no es suficiente para desarrollar y mantener un brote en la comunidad. Es en la fase 4, en el momento en que se describe transmisión comunitaria de persona a persona, cuando los países deben notificar la situación a la OMS y se debe organizar una intervención focalizada. En la fase 5, hay comunidades afectadas en, por lo menos, dos países de una misma de las regiones en que la OMS divide al mundo. La fase 5 indica que una pandemia puede ser inminente,

pero ésta se declara cuando se llega a la fase 6, cuando hay transmisión comunitaria en países de dos o más regiones de la OMS. Nótese que estas fases están pensadas específicamente para influenza, o quizás para otras enfermedades infecciosas de transmisión de humano a humano, y no para enfermedades transmitidas por vectores, pero que también muestran un comportamiento epidémico, como podrían ser la fiebre amarilla o el dengue (Rosselli, 2020).

Tal como establece Galeana (2020), los seres humanos han sufrido enfermedades epidémicas desde siempre, que al propagarse se han convertido en pandemias que provocaron cambios en todos los órdenes de la vida. Sucede que tales acontecimientos han modificado toda la cultura al cambiar desde los hábitos cotidianos de higiene, hasta la arquitectura, en razón también del surgimiento del urbanismo. La autora refiere que las enfermedades epidémicas se empezaron a controlar hasta el siglo XIX, con los descubrimientos de Luis Pasteur y Robert Koch sobre microbiología y la invención de las vacunas.

Ahora bien, se tienen documentadas una decena de epidemias en la antigüedad, de las muchas que debió haber habido. Algunas de estas enfermedades subsisten hasta la fecha, como la tuberculosis, que, si bien no causó propiamente una pandemia, ha sido registrada por los historiadores de la ciencia desde 3 500 años a.C., en las momias egipcias y en restos humanos del Neolítico, lo mismo en Italia que en Suecia. En el siglo v a.C., Hipócrates señaló a la tuberculosis como la más brutal de las enfermedades. En el siglo xix, la tuberculosis fue la primera causa de mortalidad en Estados Unidos; y en nuestro tiempo, hay un rebrote que preocupa a los neumólogos (Galeana, 2020).

Otras epidemias de la antigüedad fueron la influenza de Babilonia, 120 a.C., que se extendió de Mesopotamia al Asia Meridional; y la famosa plaga de Atenas (430 a.C.) que se propagó de Grecia a Egipto, Etiopía y Libia. La plaga de Atenas ocasionaba la muerte en siete días debido a la deshidratación provocada por la incontrolable diarrea. Muchas victorias militares están relacionadas con epidemias que diezmaron a los ejércitos contrarios, como la victoria de Roma sobre Cartago (Galeana, 2020).

Por otro lado, la peste Antonina (105 d.C.) se extendió por todo el imperio romano y fue diseminada por el propio ejército imperial hasta el Asia menor. El médico Galeno describió los síntomas (desde conjuntivitis y piel enrojecida, hasta problemas respiratorios y estomacales, delirio y muerte, entre el séptimo y noveno día de la

enfermedad). Se calcula que murieron entre cinco y diez millones de personas por esta peste. En la lista le sigue la peste Cipriana (249 -262 d.C.), que causó la muerte de cinco mil personas diarias en las ciudades romanas y griegas, de tres a cinco millones el total, lo que debilitó al imperio romano. Luego, precisamente en la etapa medieval, la plaga de Justiniano, primera peste negra, se extendió del imperio Bizantino a toda Asia y Europa.

Se considera que coincidió con diversas enfermedades: además de la peste bubónica o peste negra, la viruela, el cólera y la difteria. Procopio de Cesarea (500-560) escribió que la humanidad estuvo a punto de desaparecer. Se calcula que murió el 48% de la población a lo largo de dos siglos (Galeana, 2020, p. 20).

En el inicio del medioevo, hubo otras epidemias como la Pestilencia amarilla (550) de Inglaterra, hepatitis documentada en “Crónica Anglosajona”, que se extendió por el comercio marítimo y tuvo varios rebrotes. Además, la terrible Peste negra, tuvo un segundo brote que duró casi cuatro siglos, se cree que ésta se inició en China (1347-1382) y se extendió por toda Asia, el norte de África y Europa. Se consideró la más devastadora de la humanidad hasta ese momento, se estiman 60 millones de muertos en Asia y África y 25 millones en Europa (Galeana, 2020).

Otra epidemia que causó estragos en Inglaterra fue una gripe conocida como sudor inglés. Tuvo su primera oleada en 1485, y se cree que tuvo su origen en las aguas residuales y la falta de higiene, se propagó en los centros urbanos, donde residían las personas adineradas, no se conoce el número aproximado de muertos, pero tuvo cinco rebrotes en la primera mitad del siglo XVI. La llegada de los europeos a América trajo a los pueblos originarios, al menos 17 epidemias distintas: viruela; sarampión, tifus, influenza, difteria, paperas, entre otras. Investigaciones recientes calculan la disminución de la población hasta en un 95% en 130 años después de la llegada de Cristóbal Colón, por lo que la conquista española se debió más a las epidemias que a su capacidad bélica (Galeana, 2020).

Después de la llegada de Vasco de Gama a la India en 1498, se documentó la aparición del cólera, con un rebrote en 1626 en la isla de Java. La primera gran epidemia de esta enfermedad se dio hasta el siglo XIX (1817-1824), habiendo iniciado en Calcuta, se extendió por toda la India, China y Oriente Medio, llegando a Japón en 1822. Se calcula que murieron un millón de personas. Por otra parte, la llamada Gripe española del inicio

del siglo XX (1918-1919), en realidad se originó en Kansas, donde el virus sufrió una mutación que lo convirtió en letal (Galeana, 2020).

Además, otras gripes epidémicas han sido la asiática (1957-1958), provocada por el virus H2N2, producto del reagrupamiento de genes entre virus gripales humanos y los procedentes de distintas especies de aves. Se originó en China, y se extendió hasta India y Australia, pasando a África, a Europa y a Estados Unidos. De alta letalidad, se estima que causó 1.1 millones de muertes a nivel mundial en menos de diez meses, su expansión repercutió negativamente en la economía. La mutación del virus obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a sacar una vacuna en tiempo récord (Galeana, 2020).

Más contemporáneamente, precisamente en 2003, tuvo lugar otra gripe que se inició en aves y mutó a humanos con el virus H5N1, y que tuvo origen en Corea, pero se difundió a 3 continentes. Simultáneamente apareció el Síndrome respiratorio agudo severo, ocasionado por el SARS-CoV, inició en Cantón y se extendió por 26 países. Además, en 2009 apareció en México una variante del virus de la influenza A subtipo H1N1, una nueva combinación de genes de virus no identificados con anterioridad. Se extendió por varios estados del país y por Estados Unidos y Canadá. Aunque se anunció que la epidemia había concluido un año después, el virus continúa circulando como influenza estacional (Galeana, 2020).

Para finalizar, es preciso señalar que existen otras enfermedades del tipo epidémicas que siguen teniendo consecuencias, como el ébola, sida y zika. Respecto al primero, el primer pico fue en 1976 en Sudán del Sur y la República del Congo, y tuvo una letalidad del 83%, mientras que el zika se inició en el 2015 en Brasil, y su origen está vinculado a *flavivirus*, que lo transmiten los mosquitos, y se extendió rápidamente por América, África y otras regiones del mundo, llegando a 86 países (Galeana, 2020).

Pandemias a Nivel Nacional en Argentina

En razón de garantizar un completo recorrido, es importante investigar las circunstancias de pandemia por las cuales se pasaron en el territorio Nacional Argentino, a partir de las cuales también hubo crisis en el sector salud que devastaron a la población. Para ello, se procederá a incluir el importante aporte que Pineau y Ayuso (2020) establecieron en su artículo. Allí comienzan el listado de crisis pandémicas con la fiebre amarilla de 1871. Sucede que en enero de 1871 estalló en Buenos Aires un fuerte brote

de fiebre amarilla que cambió profundamente la historia de la ciudad y, por extensión, del país.

Iniciada en el barrio de San Telmo, producto del hacinamiento y de las malas condiciones sanitarias, se esparció rápidamente a todo el tejido urbano y en pocos meses redujo su población en un 7%. Pasado el pico de aquella epidemia, la necesidad de evitar nuevas manifestaciones de la peste fue uno de los principales vectores que ordenaron las políticas futuras en un país que se proponía modernizarse e integrar “el concierto de las naciones modernas (Pineau y Ayuso, 2020, párr. 4).

Así, el higienismo, en cuanto teoría de la salud positivista que bregaba por una “ciudad sin males” se convirtió en uno de los puntales del desarrollo del sistema educativo público,

obligado a velar por el tema ante la “desidia” de las familias bárbaras, posteriormente agravado por la llegada de la inmigración inculta. Las normas educativas dictadas desde entonces instituyeron una fuerte relación entre educación y salud, y establecieron que las escuelas debían ocuparse de ambos temas (Pineau y Ayuso, 2020, párr. 5).

Por ejemplo, la Ley N° 1420 de 1884 sanciona en su Artículo 2° que

la instrucción primaria debe ser dada [...] conforme a los preceptos de la higiene», y en su Artículo 13°, que en «toda construcción de edificios escolares y de su mobiliario y útiles de enseñanza deben consultarse las prescripciones de la higiene. Es además obligatorio para las escuelas la inspección médica é higiénica y la vacunación y revacunación de los niños en períodos determinados. (Pineau y Ayuso, 2020, párr. 6).

Luego, los autores señalan a la gripe española de 1918. Tal como se estableció anteriormente, mediante la imposición, el aliento o la aceptación, la cultura de la higiene se volvió un dato insoslayable de la experiencia moderna en América Latina. De acuerdo a esto, la Argentina de las primeras décadas del siglo XX la exhibía como una de sus marcas distintivas. Al lado del higienismo se desplegó otro saber con anhelos de científicidad y alta carga de racismo: la eugenesia, presente en el clima de época en todo su espectro político e ideológico. Su objetivo era el mejoramiento biológico de la

humanidad mediante el control de la reproducción humana por el estímulo de “los más aptos” y, sobre todo, por la inhibición de los considerados “inferiores”. Esto acarrea fuertes problemas para toda la humanidad al dificultar el funcionamiento de la “selección natural” (Pineau y Ayuso, 2020).

En ese contexto, en los meses de mayo y junio de 1918 llegaron al país noticias de que una nueva gripe que asolaba a la población adulta joven de Europa y en octubre de ese año comenzaron en Buenos Aires los primeros casos, los cuales tuvieron impactos dispares. Finalizando el año 1918 afectó mayormente a la región central y el litoral, y en el invierno de 1919 se esparció por todo el país, sobre todo el norte (Pineau y Ayuso, 2020).

De tal forma, en los últimos meses de 1918 se tomaron un conjunto de medidas para combatirla que también afectaron la vida escolar. Se ordenó que se limpiara el Riachuelo y que se examinara a los inmigrantes que llegaban desde Europa, enviando a la isla Martín García a quienes presentaran síntomas. También se prohibieron reuniones, procesiones, visitas a los cementerios –ante la cercanía del Día de Todos los Muertos– y actividades culturales en lugares de diversión como los teatros y los music hall. El 31 de octubre se decretó la suspensión de clases en todos los establecimientos educativos (circular 291/18 del CNE), en parte estimulada por los altos niveles de inasistencias, y el 6 de noviembre se determinó el fin del año lectivo (circular 295/19 del CNE) (Pineau y Ayuso, 2020).

Junto a los discursos que culpabilizaban a los inmigrantes y a los sectores populares sobre esta situación, se fortalecieron las recomendaciones sobre el control de prácticas “antihigiénicas” comunes en la vida escolar como tomar mate y saludarse o demostrar afecto con besos. Además, es interesante saber que en 1918 fueron suprimidos los exámenes finales obligatorios de todas las asignaturas y comenzó a implementarse el sistema de promoción por «promedio» que rige hasta la actualidad (Pineau y Ayuso, 2020).

Por otro lado, más adelante es posible advertir a la epidemia de poliomielitis de 1956. Es que casi cuarenta años después, en una Argentina muy distinta, se desató un fuerte brote de una enfermedad que afectaba especialmente a la infancia. La poliomielitis, por entonces una enfermedad endémica en el país, tomó dimensiones de una epidemia que registró aproximadamente 6.500 casos. No obstante, poco tiempo antes, durante los

dos primeros gobiernos peronistas, se había producido un destacado avance en tanto se puso en marcha un Plan Sanitario basado en la prevención y la atención primaria. En ese marco, se fortalecieron las acciones de Sanidad Escolar que llevó importantes medidas de políticas sanitarias como la implementación de cédulas escolares, fichas de salud y, especialmente, la llamada “libreta sanitaria”.

Esto redundó en mejoras notables de las condiciones de salud de la población escolarizada con cambios respecto a la comprensión de términos como enfermedad, curación y –sobre todo– prevención, así como una especial conciencia sanitaria bastante difundida en toda la sociedad (Pineau y Ayuso, 2020, párr. 21).

Distintas medidas fueron tomadas para combatir el nuevo brote de la enfermedad en el muy convulsionado contexto político de 1956. No obstante, mientras se esperaba una cura que comenzó a llegar poco tiempo después, con la vacunación masiva, la gente respondía con medidas basadas en indicaciones médicas o en el saber popular, como

recluir a los niños pequeños en las casas, baldear las veredas con lavandina, pintar con cal los cordones de la calle o el tronco de los árboles, y colgar una bolsita de alcanfor del cuello de los chicos, quienes en los casos en que se podía eran trasladados a lugares más seguros. También se aconsejaba ingerir solo alimentos cocidos y leche hervida, además de evitar la acumulación de aguas estancadas y otros elementos que favorecieran la cría de insectos (Pineau y Ayuso, 2020, párr. 23).

Además, en la mayoría del país el inicio de las clases se postergó al mes de mayo. En los lugares más afectados, la interrupción se extendió hasta las vacaciones de invierno. El nivel universitario no tuvo modificaciones, ya que se consideraba que ese grupo etario estaba exento de contraer la enfermedad. La vacuna Salk, que data de 1956, comenzó el control de la situación, hasta que en 1959 se promulgó la Ley de Vacunación Obligatoria N° 15010, donde se establecía la obligatoriedad y gratuidad para quienes tuvieran hasta catorce años y para las embarazadas durante los últimos seis meses de la gestación. La situación se volvió a modificar a fines de 1963, cuando se difundió la aplicación de la vacuna oral Sabin (Pineau y Ayuso, 2020).

Mucho tiempo después es posible enumerar a la Gripe Porcina. En abril de 2009 comenzó una nueva epidemia en América del Norte que en breve alcanzó estatus de

pandemia. Se presentaba en el nuevo escenario mundial y nacional del siglo XXI el virus gripal A (H1N1), también llamado “gripe porcina”, que dejó un saldo de 626 muertos en el país. En mayo de ese año, junto a la detección de los primeros casos, se tomaron las primeras medidas para evitar su propagación, como el armado de un Comité de Crisis, el refuerzo de controles en las fronteras y aeropuertos, la reserva de dosis de medicamentos, el aumento del presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación, el otorgamiento de licencias extraordinarias a embarazadas y grupos de riesgo, y la suspensión de vuelos provenientes de México, un país donde la enfermedad se había manifestado en forma muy notable (Pineau y Ayuso, 2020).

En mayo se detectaron los primeros casos por contagio local en algunas escuelas y colegios de la zona norte del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), y se procedió a su cierre preventivo. Esta situación se repitió en otras instituciones educativas, donde se tomaron las mismas medidas. Finalmente, a comienzos de julio se decidió la suspensión de las clases en todas las provincias del país –en algunos casos, por adelantamiento de las vacaciones de invierno– que se mantuvo por todo ese mes, y que también afectó a algunas universidades, como la Universidad de Buenos Aires (UBA) (Pineau y Ayuso, 2020, párr. 27).

Pandemias en Córdoba

A mediados del siglo XIX, Córdoba contaba sólo con el Hospital San Roque, fundado por el Obispo Salguero. Era un típico hospital de caridad atendido por las Hermanas del Huerto. Ahora bien, el cólera cruzó el Atlántico y llegó. En 1867, una epidemia de cólera azotó primero (abril) a Rosario y luego a Córdoba (diciembre). Además, es importante destacar que, mientras ocurría la epidemia en Rosario, muchas voces reclamaban que Córdoba se preparara, ante lo cual se mantuvo la inmovilidad de los poderes provinciales y municipales. La fuerza de la epidemia fue devastadora, causó el terror en la población que si podía huía de la ciudad como intento de salvarse de la enfermedad (Ávila Vázquez, 2020).

De tal forma, la muerte les llegó a 2.371 habitantes de la ciudad de Córdoba (con menos de 30.000 habitantes en ese entonces) y a 4.000 en el total de la provincia, y las medidas de salud estaban a cargo del clero cordobés, quienes acumulaban enfermos (en misas y procesiones multitudinarias (contrarias a indicaciones pandémicas, como se

puede imaginar). Ante esto, la institución anunció que quienes estén próximos a morir recibirían la extremaunción, lo que indica el fuerte enraizamiento del estado en su tradición conservadora y monástica, que lo posicionó en dependencia a la Iglesia y la beneficencia para el desarrollo de instituciones de salud (Ávila Vázquez, 2020).

Tiempo después se produjo la pandemia de 1918-1919, quizá uno de los mayores flagelos que sufrió la humanidad por el costo en vidas: la fiebre española. Llegó a la Argentina a través del puerto de Buenos Aires, en octubre de 1918. En 1919, desaparece casi durante el verano para recomenzar en segunda ola en mayo. En Córdoba continuaron dándose características demográficas de una sociedad tradicional: alta tasa de natalidad, alta tasa de mortalidad, baja tasa de crecimiento.

El esquema de la mortalidad estaba determinado por condiciones de vida paupérrima de vastos sectores de la población y falta general de infraestructura sanitaria. Se habían formado barrios en la periferia de la ciudad donde las condiciones de vida eran muy desfavorables, sin agua limpia, sin cloacas, y con un crecimiento urbano anárquico, además de que existían solo dos hospitales, el San Roque y el Hospital de Niños, (en la segunda década del siglo XX se abrió el Hospital Rawson y la Universidad construyó el Hospital de Clínicas) muy pocas camas y escasos presupuestos fueron su cotidianeidad, aún vigente. Solo unos pocos sanatorios de sociedades mutuales o privados aportaban un tanto a la atención de la enfermedad. (Ávila Vázquez, 2020, párr. 12).

En tal contexto, se denunciaban los escasos recursos destinados por parte del Estado a las instituciones sanitarias, que era insuficientes y que eran rebasadas rápidamente por la extensión del mal y

la extrema y general pobreza de las víctimas. Si bien a lo largo del tiempo que duró la epidemia se habían clausurado los colegios, suspendido las clases y se habían intentado clausurar los lugares de reunión como cines y bares, la cuarentena no era muy estricta y el poder local no se preocupaba por cumplirla mientras las actividades clericales masivas continuaban sagradamente. Según los datos del Boletín Mensual Municipal de la ciudad de Córdoba, la tasa de mortalidad fue de 154/100.000 habitantes y entre junio y julio la gripe mató a 200 vecinos. Otra característica fue que generó severas neumonías, pero no se ensañó con la población de adultos jóvenes como lo hizo en Europa, la mortalidad aquí

se extendió entre los niños menores de 4 años y los mayores de 60 años (Ávila Vázquez, 2020, p. 14).

Luego, después de 82 años sin dengue en Argentina, en 1998 hubo una epidemia en Salta. El desmonte, el cambio climático y los agrotóxicos expulsaban a los *Aedes aegypti* hacia las ciudades. Los primeros casos en Córdoba se manifestaron en enero y fueron importados, aunque enseguida aparecieron casos autóctonos. Desde la Secretaría de Salud de la ciudad se ubicaron 654 casos reportados en la Municipalidad con una distribución de los casos similar a la de la Gripe de 1918, es decir, con una mayor presencia en las zonas más pobres de la ciudad. También coincidía como si fuera calcado con las zonas de la ciudad donde era más alta la mortalidad infantil. Esta coincidencia de pobreza con gripe española, dengue y mortalidad infantil señala que, en un panorama epidémico, la susceptibilidad y fragilidad social es tan importante o quizás más que la que puede determinar la edad como factor de riesgo, porque no existe la “Enfermedad”, existen los enfermos en la vida real (Ávila Vázquez, 2020).

Por último, en junio de 2009, el virus de la gripe A arribó. El 60 por ciento de los casos confirmados de gripe A (H1N1) en las Américas se detectaron en personas menores de 20 años, mientras que las tasas de hospitalizaciones y de letalidad en adultos jóvenes crecieron al compararlas con la de las gripes regulares. En Córdoba se registraron 1327 casos confirmados y 40 muertes (Ávila Vázquez, 2020).

Pandemia por COVID 19

El coronavirus SARS-CoV-2 o Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19), surgido en China, fue oficialmente declarado como causador de pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicho agente provoca enfermedad respiratoria asintomática o con síntomas comunes al Síndrome Gripal (GP) de leves, en la fase inicial, gripal o de respuesta viral, a graves con síntomas de neumonía en la fase inflamatoria o pulmonar y posibilidad de progresión para la fase hiper inflamatoria o sistémica con complicaciones como Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) y/o disfunción de multiorgánica que pueden ser fatales (Loyola da Silva, de Medeiros Pinheiro Fernandes, Brito do O’Silva, de Mesquita Xavier y Bezerra de Macedo, 2021).

La transmisión ocurre de persona a persona por medio de contacto sin protección de hasta 1,5 metros a través de gotículas de la nariz o de la boca, o de forma indirecta después del contacto con los objetos contaminados. Un sexto de los

pacientes desarrolla dificultades para respirar y, por lo tanto, demanda mayor atención a la salud, internación hospitalaria y puede necesitar cuidados intensivos con alto riesgo de muerte. Los casos de muerte, en su mayoría, ocurren en pacientes del grupo de riesgo: anciano, con comorbilidades graves o con desequilibrios (cardiopatías, neumopatías, inmunodepresión, enfermedades renales crónicas en etapa avanzada, diabetes mellitus, enfermedades cromosómicas con estado de fragilidad inmunológica); fumador; obeso; gestante y puérpera, pasaron a formar parte de este grupo (Loyola da Silva et al., 2021, p. 503).

De esta forma, hospitales de todo el mundo están sobrecargados, con escasez de Equipamientos de Protección Individual (EPI) para el equipo de salud y problemas estructurales, tornándolo como un desafío nuevo para ser enfrentado por sistemas de salud públicos. Ahora bien, en un principio, por la falta de vacuna y de tratamiento específico, la principal medida para contención de la pandemia y la minimización de la sobrecarga de los servicios de salud fue la mitigación alternativa (combinación de aislamiento de casos, cuarentena domiciliaria y distanciamiento social de la población).

Asimismo, medicamentos como oseltamivir y cloroquina, asociada o no a la azitromicina, son recetados, a criterio médico, además de medidas de soporte, para prevenir complicaciones/agravamientos. Sin embargo, aún no fueron científicamente evidenciados, en el contexto internacional, la eficacia y la seguridad de estos ni de otros tratamientos en estudio. Por otro lado, el examen diagnóstico estándar oro confirmativo del diagnóstico clínico del SARSCoV-2 es el laboratorio RT-PCR en tiempo real (qRT-PCR), a partir de muestra del tracto respiratorio superior en la primera semana de las señales o síntomas de SG (Loyola da Silva et al., 2021).

Otros exámenes incluyen los tests inmunológicos para identificación de anticuerpos IgM e IgG contra el SARS-CoV-2, como el test rápido. Además, es necesaria la identificación de personas enfermas, asistencia médica, acompañamiento de contactos y preparación de instituciones de salud para manejar la aparición de un brote de pacientes y entrenar profesionales de salud con el fin de que la cantidad prevista de muertes se reduzca en más de la mitad y el auge de la demanda por servicio de salud en un 66% (Loyola da Silva et al., 2021, pág. 504).

En esta perspectiva, las unidades de salud deben estar preparadas para atender la demanda provocada por el SARS-CoV-2 y proteger su equipo de salud, el cual configura la fuerza de respuesta fundamental para la situación actual. Siendo así, el compromiso de la composición en cantidad y calidad de esta puede generar un notable impacto socioeconómico para el país. La presión sobre los profesionales de salud, por lo tanto, aumenta, además de los riesgos de contaminación, el estrés físico y emocional (Loyola da Silva et al., 2021).

Ahora bien, el universo del cuidado comprende categorías del ámbito ontológico, antropológico, epistemológico y pedagógico. Esas categorías se relacionan con ser una persona cuidada, las obligaciones incluidas en el cuidado, lo que hace la persona cuando cuida, cómo el cuidado es conocido, es aprendido y es enseñado. El cuidado, más que un acto, es una actitud, y abarca más que un momento de atención, de ocupación, es una preocupación. Cuidar como objeto de estudio ha adquirido a lo largo de los años una estructura conceptual que alcanza cada vez mayor valor y significado en el entorno social; pero lo más relevante del cuidado es la institucionalización dentro de la enfermería como su esencia; es decir, el cuidado se ha instaurado en ella como norte, como objetivo central de la atención (González Escobar, 2015).

Para los seguidores del cuidado humano, el cuidar es entendido como la esencia del ser. Si el cuidar es lo que caracteriza las acciones de enfermería en sus diferentes dimensiones, y es parte del ser cuidador, todas sus acciones deben inscribirse en el cuidado. Ese cuidado significa realizar acciones acompañadas, siempre, de actitudes y comportamientos de cuidar. Compartiendo los planteamientos de Kuerten y cols., el concepto de cuidado se construye permanentemente a partir del conocimiento científico técnico del profesional, de la cultura, valores y creencias tanto del profesional como de la persona cuidada y su cuidador, influenciados por el contexto específico en el que se desarrolla la experiencia de cuidado (González Escobar, 2015)

Si bien las definiciones del concepto de cuidado son variadas, se identifican cinco líneas de significado básicas en la conceptualización ontológica de cuidado. Producto del análisis de múltiples estudios, logran identificar si el autor consideraba el cuidado un rasgo humano, parte de la naturaleza humana o característica básica del ser humano; si era visto como imperativo moral; como una emoción y un sentimiento de compasión; un compromiso mutuo entre la enfermera y el paciente como una interacción, o si era percibido como una intervención terapéutica. De las definiciones implícitas y explícitas

del cuidado identificadas, surge la clasificación ontológica del cuidado como característica o rasgo humano, ideal o imperativo moral, afecto, relación interpersonal y acción o intervención terapéutica (González Escobar, 2015).

Además, y como sostiene Ramacciotti (2020), cuidar representa un fenómeno de dimensiones múltiples, en tanto que funciona dinámica y complejamente, apelando a componentes científicotecnológicos orientados tanto en razón de la dimensión biológica de la persona cuidada como de aquellos compuestos humanísticos orientados hacia la dimensión emocional, intelectual, social, cultural y espiritual. Asimismo, y retomando la idea de Francisca Pereyra y Ariela Micha (2016), las y los trabajadores del cuidado desempeñan actividades que contribuyen a la salud, la seguridad física, y el desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas, y que interactúan directamente con los receptores del servicio en cuestión. En tal sentido, es preciso señalar que la enfermería tiene como centro epistémico y práctico el “cuidado” entendido disciplinariamente. Así, cuidarse para cuidar es una premisa que signa la tarea de las enfermeras, trabajadoras que además de brindar salud, generan un vínculo humano con las personas asistidas (Ramacciotti, 2020).

No obstante, y dada la importancia que tiene el cuidado para la humanidad, se suele obviar al personal de enfermería, que tienen un rol destacado en la especialización de funciones de las agencias sanitarias y quedan al margen tanto de las historias oficiales como de aquellas que se proponen diferenciarse con una mirada más crítica y renovada. Por eso, es importante recuperar históricamente la concepción que se ha tenido de cuidado en este territorio, en tanto que, en sus orígenes, en los grandes centros urbanos de la Argentina, las tareas de cuidado y asistencia hacia las personas que demandaban atención en el sistema sanitario estuvieron ligadas a las labores que las mujeres brindaron, dadas sus supuestas virtudes vinculadas a la caridad y al cuidado. Las urgencias que motivaban los brotes epidémicos, los accidentes laborales y las enfermedades infantiles, entre otras cuestiones, solían tenerlas como principales dadoras de atención y cuidado (Ramacciotti, 2020).

Tal es así que era habitual la presencia de religiosas y mujeres de sectores populares que se acercaban a los hospitales y ejercían como cuidadoras, enfermeras, mucamas, voluntarias o secretarías. El atractivo, para las segundas, podía ser tanto un exiguo salario, la esperanza de obtener, en algún momento, un cargo efectivo, la entrega de alguna propina, o tener un techo y comida. Las religiosas tenían una mayor jerarquía,

ya que organizaban las salas y podían dar órdenes directas al personal que allí trabajaba. Con excepción de algunos de los hospitales administrados por comunidades inmigrantes, que contaban con cursos de enfermería o pequeñas escuelas como, por ejemplo, el Hospital Británico, no existían ámbitos, ni bajo la tutela estatal ni universitaria, para la formación profesional (Ramacciotti, 2020).

Estas actividades, al estar guiadas por la lógica del sacrificio y la caridad, fueron argumentos funcionales para mantener sueldos bajos o ad honorem. En efecto, al considerar esas intervenciones como propias de sus condiciones naturales, se produjo una desvalorización de sus tareas y, como consecuencia, un menosprecio a su capacitación y a sus derechos laborales. En este primer momento los espacios formativos tendieron a orientarse exclusivamente a una formación práctica, focalizada en las tareas de limpieza, cuidado, atención de los primeros auxilios y el estricto acatamiento de las prescripciones médicas. Sin embargo, un acontecimiento clave para la modernización del cuidado en Argentina estuvo ligado al impulso que produjo Cecilia Grierson, primera graduada en medicina de la Universidad de Buenos Aires, del año 1889.

Por otro lado, en las décadas de 1940 y 1950 la expansión de puestos laborales vinculados a las tareas de cuidado y de enfermería se motivaron por la expansión hospitalaria, el incremento de las campañas sanitarias y la modernización en las técnicas médicas que demandaban mayores tareas en su implementación. Además, en ese momento la enfermería pasó a tener un lugar en la vida universitaria, lo que propició que el profesionalismo no solo pasara por manejar prácticas modernas de asistencia y cuidado, sino por contar con pautas de obediencia y de disciplina que iban desde el uso del uniforme, hasta el mantenimiento de conductas consideradas ideales en la vida privada. Lo anterior no sólo jerarquizó a la profesión, sino que inspiró la representación de la enfermería nacional como internacional.

Como contrapartida, la existencia de enfermeras universitarias en los ambientes laborales amplió la brecha entre las graduadas en enfermería y potenció, aún más, diferencias regionales, intergeneracionales y de clase. (Ramacciotti y Valobra, 2017, como se citó en Ramacciotti, 2020, párr. 20).

Fue durante los 90 cuando pudo reglamentarse, finalmente, el ejercicio profesional, lo que permitió delimitar todo lo que implicaba la práctica profesional y laboral, así como también la extensión de la jornada a seis horas por tarea insalubre

(Faccia, 2015). En la actualidad, la profesión está marcada por salarios bajos, pluriempleo, estrés laboral y falta de equipamiento e infraestructura adecuados, exposición a riesgos biológicos, químicos y físicos, con patologías osteomusculares y articulares producidas por esfuerzos físicos que demandan las tareas, así como también alteraciones del patrón de sueño y fatiga, sobre todo entre quienes trabajan en horarios nocturnos y deben compatibilizar el trabajo con las responsabilidades domésticas (Ramacciotti, 2020).

Tal escenario se profundiza en un contexto en el cual el coronavirus pone en el epicentro del escenario el rol de la enfermería en el sistema de salud, en razón de que los cuidados se exigen cada vez con mayor exigencia en un contexto de incertidumbres y riesgos. Actualmente, los índices de contagios más altos se dan en los enfermeros y enfermeras ya que son quienes tienen contacto más estrecho con los pacientes (Tessa 2020). Ante esta circunstancia, es importante recordar lo que sostiene Kamei (2017) cuando menciona que los profesionales de enfermería son considerados agentes de cambio para el cuidado de la salud, en tanto que las prácticas de enfermería, como el tejer alianzas con los miembros de la comunidad y el generar cambios en la atención de la salud, son específicas de la disciplina y del cuidado.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, resulta interesante señalar la ausencia del “cuidado” en las políticas públicas. Sucede que el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) fue impulsado como el método principal mediante el cual la estructura del Estado abordaría, a gran escala, la problemática sanitaria desatada por una pandemia, por lo que se propuso el ASPO como primera medida sanitaria “para enfrentar la propagación del virus y cuidar de la salud de todos y todas (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Tal medida comenzó el 20 de marzo y precisó de consensos y acuerdos en la ciudadanía para poder sostenerse durante los primeros meses con una alta aceptación. Aunque útil para fortalecer un sistema de salud bastante deteriorado, en la renovada prolongación del ASPO fueron surgiendo cada vez más críticas por parte de algunos sectores de la ciudadanía afectados por dicha medida. Ante la crecida de esta demanda, el presidente de la nación argumentó en reiteradas ocasiones por cadena nacional la importancia de esta estrategia política de prevención adoptada por el Estado. Para hacerlo, retomó, en varias oportunidades, diversas apreciaciones asociadas al concepto de “cuidado”. En tales discursos se identificó, en general, una mirada del cuidado cargada

de representaciones asociadas al discurso biomédico o al de sentido común. Esto se dio tanto al simplificar la caracterización del cuidado vinculándolo con un “remedio” (en el sentido farmacológico), al entender la “salud” y “enfermedad” como pares dicotómicos (y no asociado al “bienestar”), al des-complejizar el proceso de salud-enfermedad-atención, así también como al adjudicarle una mirada “amorosa” e individual a un proceso colectivo y de fundamento científico.

Lo anterior posibilita la lectura de que estos usos del concepto “cuidado” (o su ausencia) en los discursos de los dirigentes son una manifestación de aquellas representaciones que construyen el universo discursivo de nuestra sociedad y que, en retroalimentación, van configurando un imaginario colectivo acerca del cuidado. Ello nos indica que, si se mira críticamente a la idea de cuidar como un arte, más que como una práctica profesional con sustento teórico, se implica que las y los involucrados resignifiquen la enfermería, y a sí mismos, como “profesionales”, con un corpus teórico propio que sustenta su práctica y no como una vocación, que se identifica con “haber nacido para”, “tener el don” o “sentir el llamado” para ejercerla, advierte Aspiazu (2017). Esto resulta de mayúscula importancia en tanto que la enfermería representa la mayor fuerza de trabajo en salud. Según Cassiani y colaboradores (2018) constituyen el 60% de toda la fuerza laboral, que están presentes los 365 días del año y las 24 hs del día en el sistema de salud.

En vista de tal situación, y entendiendo los factores que influyen en la praxis de la enfermería, resulta necesario tener en consideración el fenómeno del cuidado en pandemia, pero pensando particularmente en la familia, entendida esta como un sistema complejo que encaja no sólo las relaciones entre las personas que la integran, sino que también da cuenta de los vínculos, emociones, enseñanzas, valores, virtudes, en relación con el medio ambiente y con la sociedad en general. Sucede que la familia es el principal contexto de desarrollo del ser humano, y sus integrantes proveen cuidado a quienes lo necesitan para garantizar su bienestar. En ese sentido, el cuidado familiar para alguno de sus miembros en condición de vulnerabilidad es realizado sin recibir remuneración económica y se distingue a alguno de los integrantes de la familia como cuidador primario, principalmente por sus lazos afectivos y consanguíneos. Este rol es desempeñado comúnmente por el género femenino con una relación parental directa, particularmente por las madres o las hijas (Moreno-González, Galarza-Tejada, y Tejada-Tayabas, 2020).

El sentido de cuidado familiar anteriormente establecido debe entenderse dentro de un contexto en el cual, dentro del hogar, se encuentra una persona profesional de enfermería. Ello podría indicar que lo que incumbe a dicho sujeto no es tan sólo una cuestión de lazo institucional familiar, sino que también exige a su praxis como trabajadora de la salud. En base a ello, cabe recordar que tal disciplina requiere de una planeación de cuidado individualizado, que tenga como objetivo final satisfacer todas aquellas necesidades físicas, espirituales, emocionales, psicológicas (Flórez-Torres, Buitrago-Malaver, y Ramírez-Perdomo, 2017).

A partir de lo expuesto, se reconoce el cuidado como una interacción recíproca; observándose en la forma como se interiorizan y clasifican las acciones intencionales de enfermería que conllevan cuidado físico, preocupación emocional, cuidado espiritual, de la naturaleza y del universo. En este se promueve un sentido de protección y seguridad hacia el otro en la cual se da trascendencia a los seres vivos, identificando como lo establece Watson, la convergencia entre arte y ciencia en el ejercicio de enfermería

En ese sentido, es de vital importancia que la enfermería como una profesión en salud que se caracteriza por su calidad y humanización, trabaje de la mano con la familia para propiciar el bienestar general. Desde esta perspectiva, el profesional de esta disciplina debe tener una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar en estas un sentimiento de unidad en pos de promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación. Al hacerlo, se fortalecen las relaciones de cuidado, que llevan a mejorar estilos de vida y, por ende, a una óptica salud de la familia. En razón de lo anterior, cuidar a la familia para los enfermeros se convierte, además, en un reto profesional, ya que se sale de los esquemas del cuidado en tanto hospitales o centros de salud, lugares en los cuales la situación familiar muy poco se vislumbra a plena luz (Moreno-González, Galarza-Tejada, y Tejada-Tayabas, 2020).

Por último, con el propósito de repasar los aspectos más importantes a la hora de hablar de cuidados, particularmente en estos momentos de pandemia, es preciso revisar cuáles han sido las estrategias de cuidado implementadas, o que fueron sugeridas para implementar. Tal como se ha podido establecer a lo largo del presente recorrido teórico, la pandemia por Covid-19 ha superado la capacidad de respuesta de los hospitales y personal de salud que están en primera línea de atención, considerada como área de muy alto riesgo de exposición a contacto directo. En esta área, se realizan procedimientos generadores de aerosoles como entubación, de inducción de tos, broncoscopias, etcétera,

lo que genera micropartículas respirables e inhalables menores a 10 micras que permanecen esparcidas en el ambiente, generando inóculos infectantes de transmisión de pacientes a profesionales de la salud (Gómez Ortega, 2020).

En este contexto, es urgente adoptar medidas para capacitar en la prevención y el control de las infecciones y actualizar esas competencias periódicamente, así también en áreas Covid-19. Además, deben vigilarse el mantenimiento preventivo y correctivo del aire, de cubículos de aislamiento y seguimiento administrativo de sanitización y descontaminación de las áreas, como así también la dotación de insumos. En ese sentido, es preciso que el uso obligatorio del equipo de protección personal sea ergonómico y seguro, de alta eficiencia; googles y escudos o mascararas faciales anti niebla, resistentes a ralladuras y químicos; fáciles de limpiar y desinfectar, guantes de nitrilo con sensibilidad táctil, resistentes a desgarro; batas y overol tipo tyvek desechable que cubren todo el cuerpo, impermeable para aislar de los líquidos corporales que contengan agentes patógenos y evitar el contacto directo con el paciente potencialmente infectado, y las botas impermeables antiderrapantes desechables (Gómez Ortega, 2020).

Por otro lado, la mascarilla debe quedar perfectamente sellada con la piel; es indispensable y recomendable no usar maquillaje, barba o bigote que impida el sellado y estabilidad, debe ser compatible con el resto de equipo de protección personal que pudiese interferir con el sellado como de googles, caretas, entre otros. Es importante respetar las instrucciones del proveedor para su máxima efectividad y evitar en riesgo de contagio. Lo anterior demuestra que el personal de enfermería es una pieza clave en el funcionamiento de un hospital, por lo cual resulta necesario invertir, valorar y empoderar a la enfermería y sensibilizar sobre cuidado propio y bioseguridad (Gómez Ortega, 2020).

En relación al cuidado de la familia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugirió, en primera instancia, crear un plan de acción para proteger a la familia, para lo cual debía considerarse a los integrantes de mayor riesgo, tales como adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Además, se aconsejó crear una lista de contactos a consultar en caso de necesitar algún apoyo, e identificar un área de la vivienda para utilizar en caso de tener que aislarse.

Asimismo, allí se indican las medidas básicas durante aislamiento voluntario, como la reducción de espacios compartidos (cocina, cuarto de televisión, estudio) y la garantía de ventilación, como la distancia con las otras personas y la negativa hacia las

visitas. Además, se sugirió evitar besos y abrazos, en especial con los adultos mayores de 60 años y con personas con alguna enfermedad inmunosupresora (como cáncer, hipertensión, diabetes). Respecto a la higiene, se recomendó procurar el lavado de manos, después de sonarse la nariz, toser o estornudar, de ir al baño, antes y después de comer o preparar comida, y de asistir a una persona que necesita cuidado (niños, adultas mayores).

Asimismo, en el documento se tiene en consideración que el confinamiento puede generar estrés psicológico, aún mayor si se convive con niños o personas con alto nivel de riesgo de complicaciones, tales como adultos mayores, menores de edad, con enfermedades crónicas, con una persona enferma con posible o diagnosticado caso de coronavirus, por lo que, dentro del hogar se puede realizar las actividades habituales, cumpliendo las recomendaciones anteriores: comer saludablemente, realizar algún tipo de actividad física, conversar por vía telefónica. Además, sugieren evitar la sobreinformación, tener una actitud positiva de afrontamiento de la situación

Respecto a las mascotas, se estableció que estas no representan riesgos para la salud de personas sanas, siempre y cuando se implementen las medidas recomendadas para ellas: vacunación, desparasitación, colocación de medicamentos para ácaros y controles periódicos en su veterinaria. Los niños y las personas adultas mayores pueden sufrir adicionalmente con la separación de sus mascotas. Por el aislamiento de las personas enfermas, estas no deben estar en contacto con sus mascotas por el cuidado que ellas demandan.

Ahora bien, para continuar con el hilo conceptual establecido, y como se cita en Naranjo Hernández, Pacheco y Rodríguez Larreynaga (2017), fue Orem quien dio a conocer su modelo de autocuidado de enfermería, que es de gran importancia a la fundamentación teórica del presente trabajo, ya que allí se presenta la Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. En relación de la primera teoría, ha de establecerse que el autocuidado consta de una actividad aprendida por los individuos, y se encuentra orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular factores que afectan al propio desarrollo y funcionamiento en su beneficio. La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente

principal del modelo forma parte de la valoración del paciente. (Naranjo Hernández et al., 2017, p. 4).

Respecto al término *requisito*, este es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, y se habla de tres tipos: de autocuidado universal, de autocuidado del desarrollo y de autocuidado de desviación de la salud. En esta instancia es fundamental hablar de los condicionantes básicos, entendidos como factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido. Orem identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (Naranjo Hernández et al., 2017).

En ese sentido, es interesante traer a colación lo que Salcedo-Álvarez y colaboradores (2014, como se cita en Naranjo Hernández et al, 2017) plantean cuando dicen que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes, en cuestión de que la meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Es posible observar que la teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (Naranjo Hernández et al., 2017, p. 4).

Sucede que los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios, pero puede darse una situación en que la demanda exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería (Naranjo Hernández et al.,2017).

Por otro lado, en su teoría Orem sostiene que las acciones de autocuidado orientadas externamente se centran en la acción de búsqueda de conocimientos, en la acción de búsqueda de ayuda y de recursos, como así también en acciones expresivas interpersonales y en acción para controlar factores externos. En la otra parte, respecto a las acciones orientadas internamente menciona la acción de recursos para controlar los factores internos y la acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas (Naranjo Hernández et al.,2017).

Además, cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El primero es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente, para lo cual se hace cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. El segundo no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio, sino que el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. Por último, el sistema de apoyo educativo es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. En este caso, el papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (Naranjo Hernández et al.,2017).

Otro punto importante a considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, como así también la importancia de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación (Naranjo Hernández et al.,2017).

Ahora bien, es clave comprender que cuando se habla de salud, autocuidado y estrategias, se necesita una base conceptual de salud como la que se hace presente en la

Constitución de la OMS, cuando se sostiene que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946, párr. 1-2).

En pos de continuar sumando aportes claves, es importante traer a colación los realizados por Morales y Lira (2000, citado en Arredondo Galaviz, 2020), quienes desarrollaron los Modelos de Autocuidado y lograron identificar los siguientes tipos:

Modelo de Reivindicación Institucional: este enfatiza en las condiciones institucionales en que se desempeña la labor del equipo. Dentro de éstas se encuentran: déficit de condiciones institucionales, escasa infraestructura física, inestabilidad laboral, bajos salarios, ausencia de previsión y salud para los trabajadores de los equipos.

Modelo de Identidad Social: éste se refiere a todos aquellos aspectos que hacen referencia al rol adjudicado y/o adjudicable, tanto a los programas que trabajan en situaciones de violencia como a las identidades gremiales y/o profesionales de sus componentes. Dentro de éstas se encuentran las necesidades de diferenciación y reconocimiento del valor de la labor realizada del programa frente a la institucionalidad, la diferenciación al interior de los equipos por profesión y experiencia.

Modelo de Impacto Emocional: se refiere a todos aquellos aspectos transferenciales y contra transferenciales del trabajo con personas afectadas por la violencia, que implica el manejo y cuidado respecto de las emociones de los terapeutas. Dentro de éstas se encuentra la necesidad de legitimar los sentimientos rabiosos hacia los pacientes, dar cuenta de las agresiones que los pacientes ejercen hacia los terapeutas y equipos, las dificultades de contención del sufrimiento y los límites de ésta, y todo aquello que algunos han llegado a denominar traumatización secundaria.

Modelo de sociabilidad: este se refiere a los aspectos lúdicos, sociales y recreativos de los equipos. Dentro de estos se encuentran la necesidad de establecer espacios y ritos de esparcimiento y fundamentalmente de pertenencia grupal a la vida informal del equipo, como participación en los cumpleaños, apoyo

en situaciones sociales o de salud de familiares del profesional, celebraciones, que a veces gatillan la disolución de límites o las autolimitaciones.

Modelo organizativo de programa de autocuidado de profesionales: Este tipo de Programa se basa en dos recursos fundamentales, por un lado, el altruismo social, en el cual a protección y el cuidado no es sólo el resultado de la competencia parental, sino el producto del esfuerzo de los padres, la familia y toda la sociedad. Por otro lado, otro recurso está representado por la organización en redes, en tanto que la eficacia y la competencia profesional depende de la capacidad de éstos de organizarse en redes. El desarrollo de redes profesionales sanas debe ser considerado también como instrumento básico para evitar la fatiga profesional (Morales y Lira, 2000, como se citó en Arredondo Galaviz, 2020, p. 233).

Para ir finalizando con los aspectos más importantes a la hora de referirnos a la categoría de autocuidado, es preciso señalar estrategias de autocuidado, para lo cual es necesario remitirse a Lembcke (2020) quien considera que una estrategia consta de un conjunto de acciones que han sido planificadas de manera sistemática en el tiempo que se lleva a cabo para lograr un determinado fin. Ahora bien, en el marco en el cual está escrito este proyecto, tanto temática como contextualmente, es indispensable hacer referencia a aquellas estrategias de autocuidado aplicadas por los trabajadores de la salud durante la crisis sanitaria del COVID-19. Para ello, se incluirán los valiosos aportes que Patricia Macaya y Fernando Aranda (2020) realizan en su trabajo titulado *Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19*. Allí sugieren estrategias para tres áreas: el área de comunicación, área de la percepción de la realidad y área de autocuidado.

En la primera, los autores explican que un aumento en la ansiedad es absolutamente esperable, pero que frente a eso la acción es uno de los mejores tratamientos para la ansiedad. Por lo tanto, se sugiere compartir las preocupaciones y problemas, como así también discutir las eventuales soluciones con sus colegas, familia y amigos. Además, aconsejan buscar el contacto no presencial con la familia, amigos y colegas, y utilizar los recursos de conectividad y redes sociales. A su vez, hablan de la importancia de seleccionar los contactos y vías de información, y de contrastar la información obtenida con una red de contactos cercana y fuentes oficiales (Macaya y Aranda, 2020).

Respecto a la segunda área, relacionada a la Percepción de la realidad, aconsejan en primer lugar informarse y estudiar aspectos que se relacionan con el trabajo cotidiano, utilizando los documentos y contrastándolos con la información de la literatura nacional e internacional. A su vez, se sugiere solicitar información constantemente, como así también difundirla y participar en la elaboración de protocolos a nivel local, en pos de identificar los recursos y poder implementar mejoras acordes a la realidad. Asimismo, hacen hincapié en elaborar estrategias y protocolos de atención según el escenario sanitario tanto actual como futuro (Macaya y Aranda, 2020).

Por último, se encuentra el área tres de Autocuidado. Allí aconsejan prestar especial atención a la cantidad y calidad de sueño, el cansancio, concentración e irritabilidad, para lo cual puede funcionar una respiración consciente varias veces en el día. Además, mencionan la importancia de mantener hábitos saludables como comer bien, limitar la ingesta de alcohol, sueño de calidad, ejercicio aeróbico y exposición al sol sumados a descansos cortos en el trabajo y en la casa (Macaya y Aranda, 2020).

Por otro lado, a nivel institucional los autores sugieren incentivar el respaldo de los referentes técnicos en el liderazgo de la crisis, y al mismo tiempo, aprender a recibir aportes de manera respetuosa, considerando el bienestar de todo el recurso humano, manteniendo un buen ambiente laboral, constructivo y positivo. Para ello, se sugiere a las autoridades mantener los canales de comunicación abiertos con los distintos actores en esta epidemia, conservando un clima de receptividad y análisis real de las retroalimentaciones que se originen en el día a día. Además, es importante que la institución entregue la información clara y pertinente a sus funcionarios en relación a la cobertura de seguros laborales asociados a esta contingencia nacional. Así mismo, en relación a la necesidad o pertinencia de exámenes diagnósticos o entrega de permisos de salud. Asimismo, señalan que es muy conveniente elaborar un informe periódico, tanto institucional como de la unidad específica dirigido a todo el equipo de salud, de manera que el personal conozca el ambiente al cual se verá enfrentado al iniciar su jornada, como así también es esencial capacitar continuamente al personal en relación al COVID-19, y eventuales cambios de roles frente a la carencia futura de RR. HH (Macaya y Aranda, 2020).

También mencionan la importancia de concentrar los pacientes en zonas específicas para mantener el mínimo aislamiento preventivo intrahospitalario, como también realizar ajustes de horarios de salida o entrada al recinto, en virtud de las

restricciones vigentes en la zona. Además, es de alta relevancia que exista una definición de los dilemas éticos eventuales, tales como: disponibilidad de EPP, acceso a camas UCI y ventilación mecánica, definición de criterios de inclusión en ventilación mecánica, etc. Por otro lado, es indispensable, sostienen los autores, realizar una redistribución del personal administrativo, dando preferencia al teletrabajo, concentrando este tipo de actividad en zonas que cuenten con medidas de protección personal (cubículos de trabajo protegido) (Macaya y Aranda, 2020).

Finalmente, comentan que en varios países se ha puesto a disposición recintos como hoteles, para el albergue de funcionarios de salud en períodos de descanso, y que permiten, además, mantener un distanciamiento preventivo del grupo familiar, aspecto por demás importante para los objetivos de este trabajo. Asimismo, los autores sostienen que debería ser la institución quien provea guías para el autocuidado de su personal hacia su familia. Es interesante también lo que plantean cuando recomiendan el ofrecimiento de apoyo por parte de la Unidad de Psiquiatría y Psicología laboral de cada Institución, sumado al debriefing hecho por las jefaturas, realizadas en sesiones breves, permitiendo el rápido retorno del personal a sus hogares (Macaya y Aranda, 2020).

Definición conceptual de la variable

Una vez construido el marco teórico, en el cual se establecieron los aspectos esenciales de este trabajo a nivel contenido bibliográfico, se procede a definir de manera conceptual a las variables de estudio: En primer lugar, se encuentra la variable *Estrategias de autocuidado que aplican los enfermeros en contexto de pandemia por COVID-19*, la cual será definida por los aportes de Naranjo Hernández, Pacheco y Rodríguez Larreynaga (2017), Lembcke (2020), (Macaya y Aranda, 2020) y OMS (1946) de la siguiente manera:

“Conjunto de acciones planificadas de manera sistemática y aprendida por los individuos, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular factores que afectan al propio desarrollo y funcionamiento en su beneficio, relacionadas a la salud integral, en tanto ésta significa un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y puede verse vinculada a factores relacionados a todos esos aspectos”

En razón de lo anterior, las dimensiones, subdimensiones e indicadores a establecer serán los siguientes:

Dimensión Física: vinculada al aspecto biológico, a una respuesta exclusivamente corporal.

Alimentación

- Incorporación de alimentos ricos en vitaminas y proteínas
- Suficiente ingesta de agua
- Cumplimiento de, por lo menos, 4 comida diarias
- Consumo de suplementos dietarios

Ejercicio y actividad

- Realización de ejercicio físico
- Utilización de medios de transportes que demanden esfuerzo físico
- Controles periódicos psicofísicos

Sueño y descanso

- Cumplimiento de 8 horas de sueño seguidas
- Rutinas de relajación previa a la conciliación del sueño
- Descanso entre actividades
- Establecimiento de horas para ocio y para productividad

Hábitos nocivos

- Identificación de hábitos nocivos
- Realización de un plan de acción para erradicarlos
- Búsqueda de ayuda profesional en caso de ser necesaria

Sexualidad

- Sostenimiento de una vida sexual activa desde la auto satisfacción
- Sostenimiento de una vida sexual activa desde la compañía

Dimensión Social: vinculada a la variedad de relaciones y estados sociales que los sujetos pueden establecer en aquellos lugares donde más presencia se tiene, es decir, el hogar, el trabajo, y uno mismo.

Relación consigo mismo

- Mantenimiento de un diálogo interno y de una auto observación reflexiva acerca de las vivencias experimentadas
- Capacidad de auto conocimiento
- Búsqueda de nuevos intereses personales
- Perfeccionamiento de habilidades y talentos creativos

Relación con la familia

- Mantenimiento de un diálogo activo
- Incorporación de encuentros virtuales o físicos frecuentes
- Inclusión de una mirada empática para con las realidades individuales de cada integrante

Relación con los compañeros de trabajo

- Mantenimiento de una comunicación activa

- Capacidad de empatizar para con las realidades individuales de cada integrante
- Organización en función de la tarea
- Creación de instancias colectivas de intercambio de ideas

Dimensión Psicológica: vinculada a todas aquellas circunstancias que tengan lugar en los lugares más mentales y cognitivos del cuerpo, y que estén relacionados con cuestiones de sentimientos, emociones y sensaciones.

Burnout

- Establecimiento de estrategias de afrontamiento para el estrés
- Búsqueda de ayuda profesional
- Implementación de técnicas de relajación auto inducidas

Autoestima

- Identificación de méritos y logros con el fin de compensar las sensaciones negativas
- Optimización de la auto percepción física, psicológica y emocional

Impacto emocional

- Revisión de las sensaciones que se encuentra experimentando
- Desarrollo de inteligencia emocional
- Búsqueda de ayuda en el hogar y los pares
- Comunicación abierta respecto a las propias emociones

Por otro lado, a la variable ***Cuidados de la familia que aplican los enfermeros en contexto de pandemia por COVID-19*** será definida por los aportes de Moreno-González, Galarza-Tejada, y Tejada-Tayabas (2020) y Flórez-Torres, Buitrago-Malaver, y Ramírez-Perdomo (2017) de la siguiente manera:

Cuidados de enfermería que tienen como objetivo final satisfacer todas aquellas necesidades físicas, espirituales, emocionales, psicológicas de aquellos que pertenezcan a la misma familia, entendida esta como un sistema complejo de relaciones entre las personas que la integran, que da cuenta de los vínculos, emociones, enseñanzas, valores, virtudes, en relación con el medio ambiente y con la sociedad en general.

En razón de lo anterior, las dimensiones y subdimensiones a establecer serán las siguientes:

Dimensión sobre Cuidado Físico: vinculada a aquellos cuidados exclusivamente corporales y biológicos, ya sea sintomatología y cuestionar protocolos para la prevención

Cuidados corporales y biológicos

- Evitación de contacto con mayores de 65 años
- Incorporación y cumplimiento del protocolo para el ingreso y la salida del hogar
- Control de enfermedades preexistentes
- Vigilancia activa de síntomas

Dimensión sobre Cuidado Psicoemocional: vinculada a aquellos cuidados de tipo psicológicos y emocionales, donde se hace referencia a cuestiones del diario que impactaran en dichos aspectos.

Cuidados psicoemocionales

- Realización de actividades recreativas frecuentes
- Incorporación de hábitos de convivencia estratégicos para el bienestar común
- Organización de los recursos para procurar la menor cantidad de tiempo fuera del hogar
- Distribución de las tareas de manera ecuánime entre quienes se encontraban conviviendo al momento del ASPO
- Gestión positiva de las emociones propias del aislamiento y la convivencia constante

Objetivos

Objetivo general

- Establecer las estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de la ciudad de Córdoba durante diciembre del 2022.

Objetivos específicos

- Describir las estrategias de autocuidado de los enfermeros en el contexto de Pandemia COVID-19 en relación a su realidad física, social y psicológica.
- Determinar las estrategias de cuidado físico y psicoemocional de los enfermeros a la familia en el contexto de Pandemia COVID-19.

Capítulo 2: Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

En el presente proyecto de investigación, que es de tipo cuantitativo, se realizará un abordaje **descriptivo**, en tanto describirá las estrategias de autocuidado y cuidado que utilizan los enfermeros y sus familias durante el contexto de pandemia covid-19; y **transversal**, porque la variable será medida por única vez durante un breve periodo de tiempo: segundo semestre del año 2022.

En vista de lo anterior, y con la idea de sustentar con teoría metodológica la elección del tipo de estudio en función a los objetivos de este trabajo, se retoma a Cvetkovic-Vega, Alonso Soto, Lama-Valdivia y Correa-López (2021), quienes sostienen que el elemento clave que define a un estudio transversal es la evaluación de un momento específico y determinado de tiempo, en el cual no se involucran en el seguimiento en el tiempo, por lo que este tipo de estudios han sido considerados útiles para la determinación de la prevalencia de una condición. Además, éstos pueden también evaluar la asociación entre dos o más variables, es decir, tener un enfoque analítico, que en este caso gira en torno a las estrategias de cuidado familiar y autocuidado que ha tenido el personal de enfermería en los últimos tiempos.

Esquema de la variable

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMNESIONES	INDICADORES
ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PERSONAL	DIMENSIÓN FÍSICA	ALIMENTACIÓN	Incorporación de alimentos ricos en vitaminas y proteínas
			Suficiente ingesta de agua
			Cumplimiento de, por lo menos, 4 comida diarias
			Consumo de suplementos dietarios
		EJERCICIO Y ACTIVIDAD	Realización de ejercicio físico
			Utilización de medios de transportes que demanden esfuerzo físico
			Controles psicofísicos periódicos
			Cumplimiento de 8 horas de sueño seguidas
		SUEÑO Y DESCANSO	Rutinas de relajación previa a la conciliación del sueño
			Posibilidad de descanso entre actividades
			Establecimiento de horas para ocio y para productividad
			Identificación de hábitos nocivos
	HÁBITOS NOCIVOS	Realización de un plan de acción para erradicarlos	
		Búsqueda de ayuda profesional en caso de ser necesaria	
		Sostenimiento de una vida sexual activa desde la auto satisfacción	
		Sostenimiento de una vida sexual activa desde la compañía	
	SEXUALIDAD	RELACIÓN CONSIGO MISMO	Mantenimiento de un diálogo interno y de una auto observación reflexiva acerca de las vivencias experimentadas
			Capacidad de auto conocimiento
			Búsqueda de nuevos intereses personales
			Perfeccionamiento de habilidades y talentos creativos
	DIMENSIÓN SOCIAL	RELACIÓN CON LA FAMILIA	Mantenimiento de un diálogo activo
			Incorporación encuentros virtuales o físicos frecuente
			Inclusión de una mirada empática para con las realidades individuales de cada integrante
		RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO	Mantenimiento de una comunicación activa
			Capacidad de empatizar para con las realidades individuales de cada integrante
			Organización en función de las tareas
	DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	BURNOUT	Creación de instancias colectivas de intercambio de ideas
			Establecimiento de estrategias de afrontamiento para el estrés
Búsqueda de ayuda profesional			
Implementación de técnicas de relajación auto inducidas			
AUTO ESTIMA		Identificación de méritos y logros con el fin de compensar las sensaciones negativas	
		Optimización de la auto percepción física, psicológica y emocional	
		Revisión de las sensaciones que se encuentra experimentando	
IMPACTO EMOCIONAL		Desarrollo de inteligencia emocional	
		Búsqueda de ayuda en el hogar y los pares	
		Comunicación abierta respecto a las propias emociones	

CUIDADO DE LA FAMILIA	CUIDADO FÍSICO	CUIDADOS CORPORALES Y BIOLÓGICOS	Evitación de contacto con mayores de 65 años
			Incorporación y cumplimiento del protocolo para el ingreso y la salida del hogar
			Control de enfermedades preexistentes
			Vigilancia activa de síntomas
	CUIDADO PSICO EMOCIONAL	CUIDADOS PSICOEMOCIONALES	Realización de actividades recreativas frecuentes
			Incorporación de hábitos de convivencia estratégicos para el bienestar común
			Organización de los recursos para procurar la menor cantidad de tiempo fuera del hogar
			Distribución de las tareas de manera ecuánime entre quienes se encontraban conviviendo al momento del ASPO
			Gestión positiva de las emociones propias del aislamiento y la convivencia constante

Población y Muestra

La población o universo de estudio estará conformada por enfermeros profesionales que trabajaron en el Hospital Tránsito Cáceres Allende de la Ciudad de Córdoba, durante el contexto de pandemia, pertenecientes tanto del sector de Cirugía como así también de Atención Ambulatoria, de Consultorios Externos y del Servicio de Internación de los tres turnos. Se estima un promedio de 20 enfermeros. Considerando que se trata de una población finita, no se tomará muestra.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Quienes participen deben ser enfermeros profesionales.
- Deben haber trabajado en el Hospital Tránsito Cáceres Allende de la Ciudad de Córdoba en contexto de pandemia.
- Pertenecer al sector de Cirugía, de Atención Ambulatoria, de Consultorios Externos o al servicio de Internación de los tres turnos.
- Acordar con lo establecido en el Consentimiento Informado que se adjunta en el Anexo II.

Por otro lado, los criterios de exclusión son:

- Serán excluidos aquellas personas que no cuenten con el título de Enfermero Profesional.
- Quienes no hayan trabajado en el Hospital Tránsito Cáceres Allende de la Ciudad de Córdoba en contexto de pandemia.
- Los que no pertenezcan ni al sector de Cirugía, de Atención Ambulatoria, de Consultorios Externos o al servicio de Internación de los tres turnos.
- Serán excluidos quienes no acuerden con lo establecido en el Consentimiento Informado que se adjunta en el Anexo II o se nieguen a firmarlo.

Fuente, Técnica e Instrumento de recolección de datos

Las fuentes de información que se utilizarán serán primarias, ya que los datos se obtendrán directamente de los implicados, en este caso, los y las enfermeras que trabajaron en el contexto de pandemia en el Hospital Tránsito Cáceres Allende de la Ciudad de Córdoba y que sean parte tanto del sector de Cirugía, de Atención Ambulatoria, de Consultorios Externos o del servicio de Internación de los tres turnos, tal como se estableció en el apartado anterior.

Como técnica de recolección de procederá a utilizar una encuesta en modalidad auto administrada, cuyo instrumento constará de un cuestionario de modalidad mixta con preguntas abiertas y semiestructuradas, que consta de 4 momentos (datos sociodemográficos de cada estudiante encuestado, preguntas de apertura, preguntas relacionadas con las dimensiones y preguntas de cierre), a fin de obtener la mayor información posible, facilitar la recolección de datos y profundizar en las opiniones de los encuestados (Anexo III). Al respecto, cabe aclarar que dicho documento se aplicará en forma individual a cada estudiante, una vez que se haya acordado el consentimiento informado (Anexo II).

Por último, y con el fin de evidenciar la confiabilidad del mismo, se realizará una prueba piloto en 5 (cinco) sujetos pertinentes a este estudio, elegidos al azar y que no formarán parte del universo de estudio de este proyecto, lo que permitirá aplicar modificaciones al instrumento con respecto a la organización y formulación de los interrogantes, ya que se optará por dividir la secuencia de preguntas según dimensiones y subdimensiones, en pos de desenvolver la instancia con coherencia y cohesión.

Plan de Recolección de Datos

Inicialmente, se solicitará la autorización correspondiente para llevar a cabo el proyecto a las autoridades del Hospital Tránsito Cáceres de Allende, quienes al momento son Marcelo Barbero como director y Ángel Ludovic Joseph como subdirector (Ver Anexo I). A fin de cumplimentar con los reglamentos legales para llevar a cabo la presente investigación, se entregará el consentimiento informado a la población a investigar (Anexo II) y se procederá a pactar dos encuentros para poder hacer entrega del Formulario Auto administrado, para que, una vez finalizada, se ordenen las mismas para su posterior tabulación y análisis.

No obstante, resulta preciso, en virtud de la temática revisada, que se tenga en cuenta la posibilidad de un re aislamiento o profundización de los cuidados dentro de un ambiente de incertidumbres y mutación viral del COVID. Por ello, se prevé que, en tal caso, se concedan los documentos a los sujetos de investigación a partir de un formulario generado por la aplicación GoogleForms, que traerá consigo adjuntado el Consentimiento Informado.

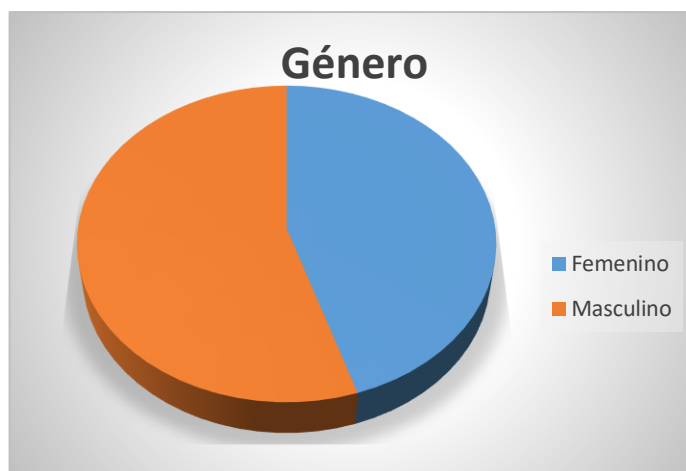
Plan de Procesamiento de Datos

Una vez recolectados los datos serán codificados y ordenados. Los resultados de cada cuestionario serán volcados en una tabla matriz (Ver Anexo IV), para realizar su tabulación para conocer las frecuencias de respuestas obteniendo diferentes porcentajes de los datos que se desean conocer. Así, a fin de procesar la información que resulte de las preguntas abiertas, se utilizará una tabla matriz, para realizar su tabulación y así conocer las frecuencias de respuestas obteniendo diferentes porcentajes de los datos que se desean conocer. Las preguntas cerradas serán clasificadas en tablas de frecuencia y la categorización de datos será realizada bajo los siguientes enunciados: *Realizó-No Realizó*, mientras que las preguntas abiertas se agruparán por similitud de respuestas y se utilizarán en comentarios ampliatorios.

Plan de Presentación de Datos

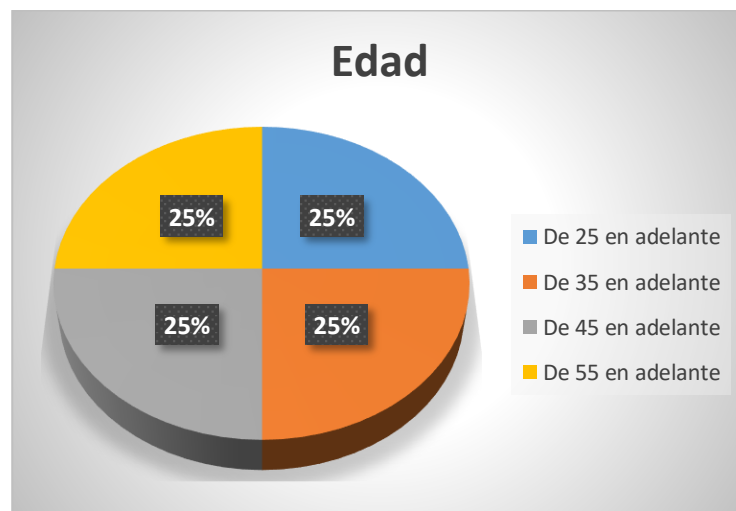
Al finalizar el procesamiento de la información, se realizará la presentación de datos mediante la representación gráfica y tabular, de acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos de las encuestas. Así, por un lado, en los gráficos se presentarán los datos obtenidos de las preguntas iniciales y aquellos datos relevantes que se puedan cuantificar en porcentajes o proporciones. Se optará por el uso de los mismos, ya que permiten una fácil visualización de los datos cuantitativos y representación de los mismos en relación con el total de los encuestados y con las demás variables analizadas en dicho gráfico. A modo de ejemplo:

Gráfico 1. Género de los Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende del segundo semestre del año 2022.



Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración Propia.

Gráfico 2. Edad de los Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende del segundo semestre del año 2022.



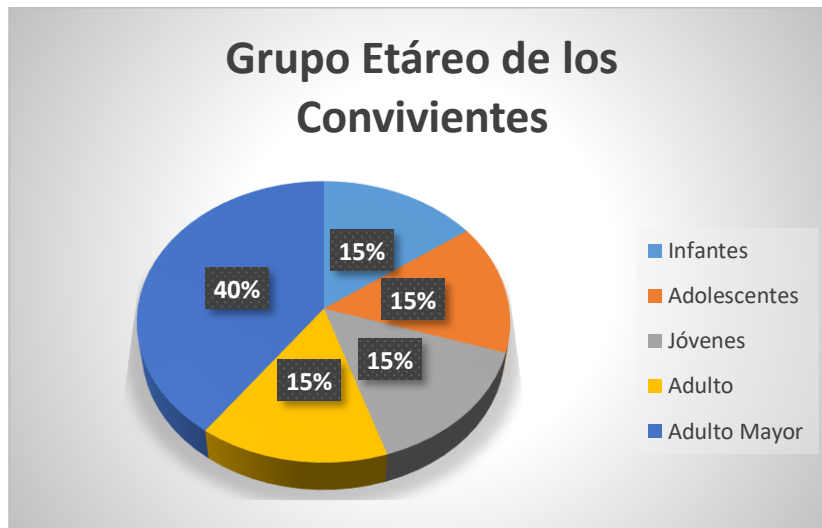
Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración Propia.

Gráfico 3. Situación de Convivencia de los Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende del segundo semestre del año 2022.



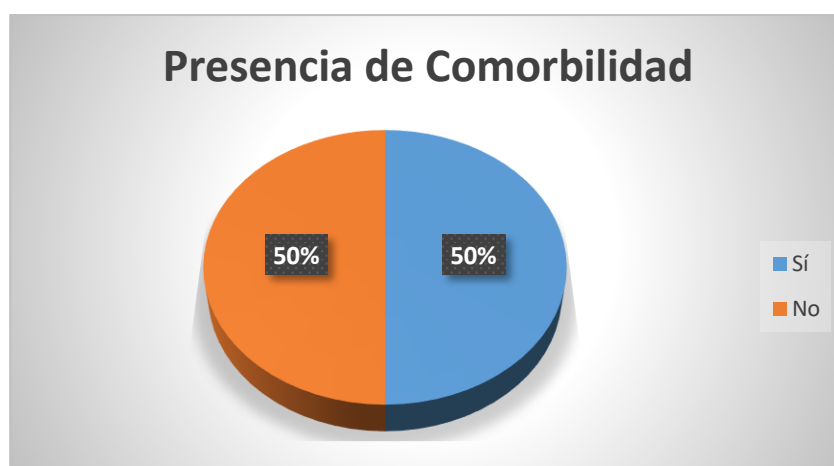
Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración Propia.

Gráfico 4. Grupo etario de los convivientes de los Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende del segundo semestre del año 2022.



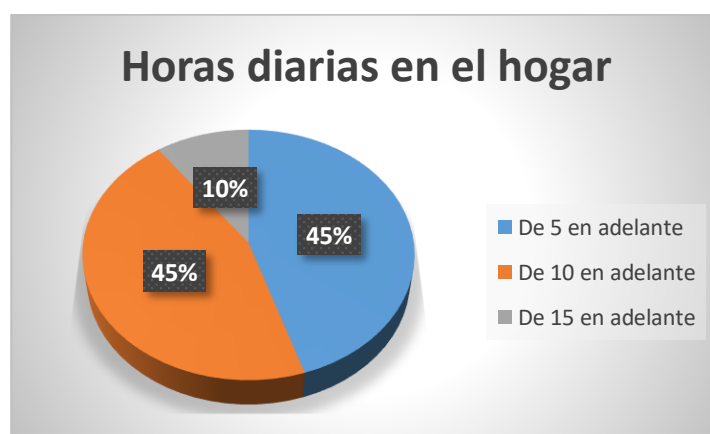
Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración Propia.

Gráfico 5. Presencia de comorbilidad en los convivientes o en los Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende del segundo semestre del año 2022.



Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración Propia.

Gráfico 6. Horas diarias dentro del hogar de los Enfermeros del Hospital Transito Cáceres de Allende del segundo semestre del año 2022.



Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración Propia.

Por el otro lado, y como se estableció anteriormente, para los datos que no puedan cuantificarse se realizarán tablas de frecuencia que permitirán efectuar una comparación de las respuestas textuales obtenidas a partir de una misma subdimensión y categorías similares, por parte de los dos grupos de sujetos entrevistados; facilitando un análisis más profundo, real y detallado sobre puntos de interés particulares. Estas a su vez permiten diferentes adaptaciones en su formato, según lo que se desee analizar. Además, esta modalidad permite un análisis sobre las expresiones y lenguaje que utilizan en sus respuestas, a través de la reproducción exacta de la información. A modo de ejemplo, se procederán a trazar las subdimensiones, con sus respectivos indicadores, de la *Dimensión Física* perteneciente a la variable *Estrategias de autocuidado que aplican los enfermeros en contexto de pandemia por COVID-19*:

Tabla 1. Estrategias de autocuidado respecto a la Alimentación en contexto de Pandemia que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende del segundo semestre año 2022.

Opciones Indicadores	REALIZÓ		NO REALIZÓ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Incorporación de alimentos ricos en vitaminas y proteínas						
Suficiente ingesta de agua						
Cumplimiento de, por lo menos, 4 comida diarias						
Consumo de suplementos dietarios						

Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración propia.

Tabla 2. Estrategias de autocuidado respecto al Ejercicio y actividad en contexto de Pandemia que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende del segundo semestre año 2022

Opciones	REALIZÓ	NO REALIZÓ	TOTAL
----------	---------	------------	-------

Indicadores	F	%	F	%	F	%
Capacidad energética para realizar tareas diarias						
Realización de ejercicio físico						
Consumo de suplementos energéticos						
Utilización de medios de transportes que demanden esfuerzo físico						

Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración propia.

Tabla 3. Estrategias de autocuidado respecto al Sueño y descanso en contexto de Pandemia que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende del segundo semestre año 2022

Indicadores	REALIZÓ		NO REALIZÓ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Cumplimiento de 8 horas de sueño seguidas						
Rutinas de relajación previa a la conciliación del sueño						
Posibilidad de descanso entre actividades						

Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración propia.

Tabla 4. Estrategias de autocuidado respecto a Hábitos nocivos en contexto de Pandemia que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende del segundo semestre año 2022

Opciones Indicadores	REALIZÓ		NO REALIZÓ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Identificación de hábitos nocivos						
Realización de un plan de acción para erradicarlos						
Búsqueda de ayuda profesional en caso de ser necesaria						

Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración propia.

Tabla 5. Estrategias de autocuidado respecto a la Sexualidad en contexto de Pandemia que implementan los enfermeros del Hospital Tránsito Cáceres de Allende del segundo semestre año 2022

Opciones Indicadores	REALIZÓ		NO REALIZÓ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Sostenimiento de una vida sexual activa desde la auto satisfacción						
Sostenimiento de una vida sexual activa desde la compañía						

Fuente: Cuestionario Auto administrado. Elaboración propia.

Plan de Análisis de Datos

Se realizará un análisis exploratorio de datos con técnicas de la estadística descriptiva (análisis de frecuencia y porcentaje). Los datos obtenidos serán contrastados con la teoría con el fin de obtener discusiones y conclusiones relevantes. En pos de fundamentarlo teóricamente, la estadística descriptiva es la rama de la estadística que formula recomendaciones de cómo resumir, de forma clara y sencilla, los datos de una investigación en cuadros, tablas, figuras o gráficos. Antes de realizar un análisis descriptivo es primordial retomar el o los objetivos de la investigación, así como identificar las escalas de medición de las distintas variables que fueron registradas en el estudio. El objetivo de las tablas o cuadros es proporcionar información puntual de los resultados. Las gráficas muestran las tendencias y pueden ser histogramas, representaciones en “pastel”, “cajas con bigotes”, gráficos de líneas o de puntos de dispersión. Las imágenes sirven para dar ejemplos de conceptos o reforzar hechos. La selección de un cuadro, gráfico o imagen debe basarse en los objetivos del estudio (Rendón-Macías, Villasís-Keever y Miranda-Novales, 2016).

Cronograma de actividades

Actividad	6/21	7/21	8/21	9/21	10/21	11/21
Recolección de los datos	XXXX	XXXX				
Tratamiento de los Datos		XXXX	XXXX			
Análisis de los datos				XXXX		
Informe Final					XXXX	
Divulgación						XXXX

Presupuesto

Rubro		Cantidad	Precio Unitario	Total parcial
Recurso Humanos	Investigadores	2	\$0	\$0
	Diseñador	1	\$3500	\$3500
Recursos Materiales	Movilidad	10	\$100	\$1000
	Fotocopias	100	\$10	\$1000
	Impresiones	50	\$20	\$1000
	Carpetas	3	\$150	\$450

	Imprevistos (10% del total)			\$695
Total Neto				\$7645

Referencia Bibliográficas

- Agüero, A. L. (2018). El Cólera en la Argentina durante el siglo XIX. En *Rev. Argent Salud*, 51-54.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Alfaro, A. N. (2014). *Los determinantes de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social*. Sal Jal. Recuperado el 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Arredondo Galaviz, B. (2020). *El síndrome del mairo cansado Promoción de autocuidado para educadores populares*. Universidad de Guadalajara. Recuperado de: http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/kiosko/2020/El_si%CC%81ndromesep2020.pdf
- Ávila Vázquez, M. (2020). La historia de las epidemias en Córdoba y el peso del factor pobreza. En *Revista Redacción*. Recuperado de: <https://enredaccion.com.ar/la-historia-de-las-epidemias-en-cordoba-y-el-peso-del-factor-pobreza/>
- Benedictow, O. J. (2011). *La Peste Negra (1346-1353)*. Ediciones Akal, S. A. https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=GVPg3-TEqPcC&oi=fnd&pg=PA7&dq=peste+negra&ots=5pe8xrFOCp&sig=I8pZqC19V2E8nSG0RI_Whz9ha2A#v=onepage&q=peste%20negra&f=false
- Benjamin, G. C. (n.d.). *Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública*. <https://www.paho.org/journal/es/articulos/asegurar-equidad-salud-durante-pandemia-covid-19-papel-infraestructura-salud-publica>
- Carbonetti, A. (2010). Historia de una Epidemia Olvidada. En *Desacatos* (32), 159-174.
- Cassiani, S., Munar Jimenez, E. F., Umpiérrez Ferreira, A., Peduzzi, M., & Leija Hernández, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. En *Revista panamericana de salud pública = Pan American Journal of Public Health*, 44, e64. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
- Cassiani, S.H.B., Hoyos, M.C., Barreto, M.F.C., Sives, K., da Silva F.A.M. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42:e72. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72> [última consulta 29/09/2020]

- CEPAL. (2020). América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales. Informe Especial. Recuperado el agosto de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf
- CIE (2020a). *Consejo Internacional de Enfermería*. Recuperado el Septiembre de 2020, de CIE noticias: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-envia-un-mensaje-de-apoyo-las-enfermeras-que-estan-combatiendo-el-coronavirus-en>
- CIE (2020b). *Consejo Internacional de Enfermería*, Electronica. Recuperado el Agosto de 2020, de CIE Noticias: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-solicita-los-datos-de-las-tasas-de-infeccion-y-mortalidad-de-trabajadores>
- Cvetkovic-Vega, J., Maguiña, A., Soto, J., Lama-Valdivia, L. Y Correa-López. (2021) Estudios transversales. En *Rev. Fac. Med. Hum.* Enero 2021; 21(1):164-170. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3069
- Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*(34), 55-62. Recuperado el Agosto de 2020, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n1/mgi07118.pdf>
- Díaz, M. (2016). Autocuidado y Promoción de la Salud en el Ámbito Laboral. *Revista Salud Bosque*, 79-88.
- ELSEVIER (2020) *Enfermería durante la pandemia: retos, oportunidades y lecciones aprendidas Informe sobre las conclusiones del conversatorio digital*. Recuperado de: https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0020/1151345/86c7523241720e850a0a6f9bc8b05fd4b81eace1.pdf
- Faccia, K. (2015). *Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011)*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Flórez-Torres, I., Buitrago-Malaver, L. y Ramírez-Perdomo, C. (2017). Nursing care: between the dialectic of explanation and understanding. En *Index de Enfermería*, 26(4), 275-279. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300008&lng=es&tlng=en
- Galeana, P. (2020). Las epidemias a lo largo de la historia. En *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1),77-95. ISSN: 0124-2059. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516006>
- Gibert, C. (2019). La peste a lo largo de la historia. En *Rev Enf Emerg*, 3(18), 119-127. http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a726/4_REVISION_ENF-EMERG003-2019_cristina-rius.pdf
- Gobierno de Argentina (2019). *Ensayo de liberación de mosquitos irradiados contra dengue, zika y chikungunya*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ensayo-de-liberacion-de-mosquitos-irradiados-contradengue-zika-y-chikungunya>

- Gómez Ortega, M. (2020). Bioseguridad en el personal de salud en tiempos de pandemia. En *Revista Sanus*, 5(14), e217. Epub 17 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.217>
- Gomez, E. O. y Guardiola, V. J. (2014). *Scielo*. Recuperado el 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Infante Lembcke, F. (s.f.). <https://www.mimp.gob.pe>. Recuperado el 23 de Julio de 2020, de: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/congreso/21_Estrategias_Autocuidado_FedericoInfanteLembcke.pdf:
- Kamei, T., Takahashi, K., Omori, J., Arimori, N., Hishinuma, M. (2017). Por una enfermería de práctica avanzada y una alianza para la atención centrada en las personas, para la Cobertura Universal y Acceso Universal a la Salud. En *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 25:1-10.
- La Nación. (18 de marzo de 2020). *Antes del Coronavirus: Cuales fueron las peores epidemias que sufrió la Argentina en su Historia*.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en Nuestra Salud*. España: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Ediciones Martinez Roca.
- Lembcke, F. i. (2020). *Plataforma Digital del estado Peruano*. Obtenido de https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/congreso/21_Estrategias_Autocuidado_FedericoInfanteLembcke.pdf
- Loyola da Silva, T., de Medeiros Pinheiro Fernandes, Á., Brito do O'Silva, C., de Mesquita Xavier, S. y Bezerra de Macedo, E. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. En *Enfermería Global*, 20(63), 502-543. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061>
- Macaya, P. y Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. En *Revista Chilena de Anestesia*. 49. 356-362. 10.25237/revchilanestv49n03.014.
- Magaña Lemus, L. y Moreno Pérez, N. (2010). Aplicación de la Teoría de Orem y Taxonomías NANDA, NIC, NOC a una Paciente Hipertensa. En *Desarrollo Científico Enfermero*. 2010 octubre, 18(9). <http://www.index-f.com/dce/18/18-376.php>
- Médicos sin Fronteras. (2020, marzo 12). *¿Qué es una pandemia? ¿Cuál es la diferencia entre pandemia y epidemia?* Médicos Sin Fronteras. Retrieved 2020, from <https://www.msf.org.ar/actualidad/que-una-pandemiacual-la-diferencia-pandemia-y-epidemia>
- Meraz Rosas, M., Cardoso Gómez, M.A., Reyes Audiffred, V., y Ostiguín Meléndez, R. (2018). Evaluación cualitativa: Una alternativa para la praxis de enfermería. En *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(51).

- Ministerio de Salud Argentina. (s.f.). *Ministerio de Salud Argentina*. Recuperado el 21 de Julio de 2020, del Ministerio de Salud Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020) ¿Qué medidas está tomando el gobierno? Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/medidas-gobierno>
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2020) Protocolo para la utilización de Equipos de Protección Personal (EPP) en trabajadores de salud. Recuperado de: [https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/efectores/Protocolo%20para%20la%20utilizaci%C3%B3n%20de%20Equipos%20de%20Protecci%C3%B3n%20Personal%20\(EPP\)%20en%20trabajadores%20de%20salud%2016.06.pdf](https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/efectores/Protocolo%20para%20la%20utilizaci%C3%B3n%20de%20Equipos%20de%20Protecci%C3%B3n%20Personal%20(EPP)%20en%20trabajadores%20de%20salud%2016.06.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1425>
- Ministerio de Salud. (2020). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>
- Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. (1 de agosto de 2020). <https://www.unicef.org/peru/media/7751/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20en%20el%20contexto%20del%20COVID-19.pdf>. Obtenido de Unicef: <https://www.unicef.org>
- Montoya Zuluaga, P.A & Moreno Moreno, S. (enero-abril de 2012). Relación entre Síndrome de Burnout, estrategias de Afrontamiento y Engagement. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 205-227.
- Morales, G. (2000). La "Receta del autocuidado: Los riesgos de equipos en programas de trabajo con Violencia.
- Morales, G. (mayo de 2007). *Scielo*. (E. S. Clinica, Ed.) Recuperado el Julio de 2020, de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5891084&pid=S0718-2228200700010000700016&lng=es
- Moreira, R. D. S. (2020, mayo 18). COVID-19: unidades de cuidados intensivos, ventiladores mecánicos y perfiles latentes de mortalidad asociados a la letalidad en Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*, 36(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00080020>.
- Moreno-González, M., Galarza-Tejada, L. Tejada-Tayabas., M. (2020). Experiencias del cuidado familiar durante el cáncer de mama: la perspectiva de los cuidadores. En *Rev. esc. enferm. USP* 53 • 2019 • <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012203466>
- Msc. Liana Alicia Prado Solar, 2014 L. M. (s.f.). *La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención*. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

- Muñoz Franco, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. En *Salud Colectiva*, 391-401.
- Murillo, P. (2001). *El autocuidado en los Psicólogos Clínicos de Costa Rica: Cognitivas, Conductuales y emocionales*. Costa Rica: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. En *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Gubernamental. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
- OMS. (septiembre de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=471:pandemia-de-covid-19-as-estadisticas-de-acceso-a-bvs-e-o-alcance-da-cooperacao-tecnica-da-bireme&Itemid=183&lang=es
- Orem, D. E. (1993). *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. (M. Salvat, Ed.) Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas. S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de agosto de 2020). <https://www.who.int/es>. Obtenido de <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 23 de Julio de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Recomendaciones: Preparación del hogar y estadía prolongada en aislamiento domiciliario*. Recuperado de: <https://www.anmm.org.mx/descargas/AislamientoDomiciliario.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 26 de Julio de 2020, de la Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/historias/enfermeria-tiempos-covid-19-relatos-enfermeros-practica-avanzada-desde-frente-pandemia>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2020). *Cuidados en el hogar durante el aislamiento domiciliario o cuarentena*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/29-3-2020-cuidados-hogar-durante-aislamiento-domiciliario-cuarentena>
- Pablo Pineau, P. y Ayuso, M. (2020). De saneamientos, trancazos, bolsitas de alcanfor y continuidades educativas: brotes, pestes, epidemias y pandemias en la historia de la escuela argentina. En *Pensar la educación en tiempos de pandemia: entre la emergencia, el compromiso y la espera*.

- Palaniappan, A. y Udit Gosine, B. (2020). Comparación de los sistemas de salud de Corea del Sur e Italia y las iniciativas para combatir la COVID-19. En *Revista Panamericana de Salud Pública*. Retrieved 2020, from <https://www.paho.org/journal/es/articulos/comparacion-sistemas-salud-corea-sur-e-italia-iniciativas-para-combatir-covid-19>
- Pané, G. H. (2020, marzo 25). *Grandes Pandemias de la Historia*. Amenazas de la Humanidad. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178
- Patient Education. (2020, mayo 18). *Salud Mental General y Estrategias de Afrontamiento*. Massachusetts General Hospital. <https://www.massgeneral.org/es/guia-de-recursos-de-salud-mental/salud-mental-general>
- Pereira, D. M. (2020). *El Cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVI-19*. (U. d. Chile, Ed.) Recuperado el Septiembre de 2020, de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2184/2087>
- Pereyra, F. y Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. En *Revista Salud Colectiva*, 12(2), <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.730>
- Perochena, C. (2020). Antes del Coronavirus: Cuales fueron las peores epidemias que sufrió la Argentina en su historia. *La Nacion*.
- Ramírez Pereira, M. (2020). El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. En *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 1–2. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2184>
- Reyes Muñoz, G. K. (2019). *Factores que inciden en las prácticas de Autocuidado en los Uniformados de la Dirección Nacional de Escuelas de la Policía Nacional: Una mirada Cualitativa*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/43453/TESIS%20AUTOUCUIDADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosselli, Di. (2020). Epidemiología de las pandemias. En *Revista Medicina*. 42. 168-74.
- Rueda, G. S. (1999). Dorothea E. Orem. Aproximación a su teoría. En *Rev. ROL Enf* 1999, 69-71.
- Salcedo Álvarez, R., González Caamaño B., Jiménez Mendoza, A., Nava Ríos, V., Cortés Olguín, D. y Eugenio Retana, M. (2012). Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. En *Revista Enferm Univ*. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004&lng=es

- Santana, A. I. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. En *Revista Psykhe (Santiago)*, 16(1), 77-89.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100007>
- Tessa, S. (2020) *Enfermeras: en la primera fila de atención por el coronavirus*. Diario Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/255463-enfermeras-en-la-primera-fila-de-atencion-porel-coronavirus>.

Anexos

Anexo 1: Solicitud de Autorización

Córdoba, de de 20....

AL SR./SR. DIRECTOR

HOSPITAL TRANSITO CACERES DE ALLENDE

Dr. Barbero.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted a fin de poner en conocimiento que las Enfermeras Bazán Karina y Brizuela Clara; estamos elaborando un estudio de Investigación sobre el tema “Estrategias de Autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros”.

Por tal motivo se solicita su autorización para la ejecución de dicho estudio y su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, lo saludan atte.

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración

Anexo 2: Consentimiento Informado

Córdoba, ... de de 20....

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre “Estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros”. Esta investigación será realizada por quienes suscriben, Enfermera Bazán, Karina Soledad y Enfermera Brizuela, Clara Victoria; de la Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba.

El objetivo de nuestra investigación es el de conocer las estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros” que trabajan en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022. Específicamente con esta investigación vamos a describir las estrategias de autocuidados de los enfermeros y determinar las estrategias de cuidado de la familia. Se espera que en este estudio participen de manera voluntaria los enfermeros pertenecientes tanto al sector de Cirugía como así también al sector de Atención Ambulatoria, de Consultorios Externos y del Servicio de Internación de los tres turnos.

Si aceptan participar en esta investigación, se le solicitará que conteste un formulario, lo cual le tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo. La identidad del participante será protegida ya que la encuesta es anónima y confidencial. Toda información o datos que aporte el participante serán tratados confidencialmente. Si ha leído este documento y ha decidido colaborar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y no le genera ningún costo. Además, sepa que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. también tiene derecho a no contestar alguna pregunta, en caso de que así lo considere. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma de Participante

Firma de la Investigadora

Anexo 3: Formulario Cuestionario auto administrado

Formulario N°.....

Estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros.

¡Hola! Respondiendo las siguientes preguntas nos ayuda a conocer más sobre las estrategias de autocuidado y cuidado de la familia en el contexto de Pandemia COVID-19 que implementan los enfermeros. Recuerda que este formulario se completa de manera voluntaria y anónima, pero para poder hacerlo, necesitas haber firmado la hoja de Consentimiento Informado firmado. Si tienes alguna consulta o consideras que algo no está claro, no dudes en preguntarnos. ¡Gracias por tu colaboración!

1) Preguntas de caracterización

Edad:

Género:

F	M
---	---

¿Convivís con alguien?

SÍ	NO
----	----

¿A qué grupo etario pertenecen las personas con las que vivís?

INFANTE
ADOLESCENTE
JOVEN
ADULTO
ADULTO MAYOR

¿Cuentan con alguna comorbilidad las personas con quienes vivís?

SÍ	NO
----	----

¿Aproximadamente cuántas horas diarias pasas en tu hogar?

Preguntas de apertura

1) ¿Qué cambios generó la pandemia en su vida respecto a lo que usted entiende por cuidado y autocuidado?

2) ¿Ud. aplica técnicas y estrategias de autocuidado y cuidados de enfermeros en pandemia por covid-19?

Preguntas sobre las variables con sus dimensiones y subdimensiones

Sobre la variable Estrategias de Autocuidado Personal

Dimensión Física

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Alimentación en contexto de pandemia?

Incorporación de alimentos ricos en vitaminas y proteínas
Suficiente ingesta de agua
Cumplimiento de, por lo menos, 4 comida diarias
Consumo de suplementos dietarios
Otras

3) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....
.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Ejercicio y actividad en contexto de pandemia?

Realización de ejercicio físico
Utilización de medios de transportes que demanden esfuerzo físico
Controles psicofísicos periódicos
Otras

4) ¿Cuáles otras?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a sus Hábitos nocivos en contexto de pandemia?

Identificación de hábitos nocivos

Realización de un plan de acción para erradicarlos
Búsqueda de ayuda profesional en caso de ser necesaria
Identificación de hábitos nocivos
Otras

5) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Sueño y descanso en contexto de pandemia?

Cumplimiento de 8 horas de sueño seguidas
Rutinas de relajación previa a la conciliación del sueño
Posibilidad de descanso entre actividades

Establecimiento de horas para ocio y para productividad
Otras

6) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Sexualidad en contexto de pandemia?

Sostenimiento de una vida sexual activa desde la auto satisfacción
Sostenimiento de una vida sexual activa desde la compañía
Otras

7) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dimensión Social

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Relación con usted mismo en contexto de pandemia?

Mantenimiento de un diálogo interno y de una auto observación reflexiva acerca de las vivencias experimentadas
Capacidad de auto conocimiento
Búsqueda de nuevos intereses personales
Perfeccionamiento de habilidades y talentos creativos
Otras

8) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....
.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Relación con la familia en contexto de pandemia?

Mantenimiento de un diálogo activo
Incorporación encuentros virtuales o físicos frecuente
Inclusión de una mirada empática para con las realidades individuales de cada integrante
Otras

9) ¿Cuáles otras?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Relación con los compañeros de trabajo en contexto de pandemia?

Mantenimiento de una comunicación activa
--

Capacidad de empatizar para con las realidades individuales de cada integrante
Organización en función de las tareas
Creación de instancias colectivas de intercambio de ideas
Otras

10) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dimensión Psicológica

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación al Burnout en contexto de pandemia?

Establecimiento de estrategias de afrontamiento para el estrés
Búsqueda de ayuda profesional
Implementación de técnicas de relajación auto inducidas

Otras

11) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación a su Autoestima en contexto de pandemia?

Identificación de méritos y logros con el fin de compensar las sensaciones negativas
Optimización de la auto percepción física, psicológica y emocional
Otras

12) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....
.....

¿Qué estrategias de autocuidado implementó en relación al Impacto emocional en contexto de pandemia?

Revisión de las sensaciones que se encuentra experimentando
Desarrollo de inteligencia emocional
Búsqueda de ayuda en el hogar y los pares
Comunicación abierta respecto a las propias emociones
Otras

13) ¿Cuáles otras?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sobre la variable Cuidado de la Familia

Dimensión sobre Cuidado Físico

¿Qué Cuidados corporales y biológicos implementó en contexto de pandemia?

Evitación de contacto con mayores de 65 años
Incorporación y cumplimiento del protocolo para el ingreso y la salida del hogar
Control de enfermedades preexistentes
Vigilancia activa de síntomas
Otras

14) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dimensión sobre Cuidado Psicoemocional

¿Qué Cuidados psicoemocionales implementó en contexto de pandemia?

Realización de actividades recreativas frecuentes

Incorporación de hábitos de convivencia estratégicos para el bienestar común
Organización de los recursos para procurar la menor cantidad de tiempo fuera del hogar
Distribución de las tareas de manera equánime entre quienes se encontraban conviviendo al momento del ASPO
Gestión positiva de las emociones propias del aislamiento y la convivencia constante
Otras

15) ¿Cuáles otras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Preguntas de cierre

16) Para terminar, ¿se siente usted satisfecho con las estrategias de autocuidado que aplicó durante la pandemia?

17) Además, ¿cambiaría algo en su forma de cuidar al grupo familiar?

Anexo 4: Tabla Matriz de preguntas semiestructuradas

Sobre la Variable 1

SUJETO	PREGUNTAS DE APERTURA		DIMENSIONES										
	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 11	Pregunta 12	Pregunta 13
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Sobre la Variable 2

SUJETO	DIMENSIÓN		PREGUNTAS DE CIERRE	
	Pregunta 14	Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 17
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				