

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

#83

Autocuidado y fragilidad en personas mayores **página 35**

Rol del equipo de salud para el sostenimiento de la lactancia exclusiva **página 5**

Adecra
+Cedim

- 4 EDITORIAL
Imagen profesional de la Enfermería
MG. HNA. MERCEDES ZAMUNER

- 5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Rol del equipo de salud para el sostenimiento de la lactancia exclusiva
ANDREA MARIANA CANTERO

- 13 INFORME
La procuración de órganos y tejidos, un nuevo desafío para Enfermería
ROSALIN TORRIENTE DREKE

- 19 SEGURIDAD DEL PACIENTE
Relevamiento de la adherencia a los lineamientos de la Ley 26.529: un estudio de caso
CRISTINA MABEL RUIZ, JUAN CELESTINO VALDÉS ROJAS , JENNIFER CARIDAD VASALLO VALVERDE, ROSBELYS LÓPEZ SUÁREZ, LAURA CAMILA ARES

- 24 Congreso Cuadrienal del CIE 2025 24

- 27 INVESTIGACIÓN I
Estudio DESCONHTAR: grado de conocimiento y control de la hipertensión arterial entre el personal de Enfermería
N. MAZZEI (DIRECTORA), INVESTIGADORES: A. ACOSTA, V. MERCADO, M. FITA, M. MALDONADO, E. ZEOLI, R. MALDONADO, C. LUTMAN, A. BEJARANO, F. DALOTTO, N. CAUWLAERT

- 31 ENFOQUES
Sobre el impacto de la enseñanza sincrónica virtual en estudiantes de la carrera de Enfermería
YANETH BUSTAMANTE CHUTA, MARIANA PAOLA GUZMÁN, WENDOLYN PADILLA SAMAME

- 35 INVESTIGACIÓN II
Autocuidado y fragilidad en personas mayores
JORGE CORNELIO COLQUE, ROSA EMILIA ROMERO, JOSÉ LUIS PÉREZ CAIHUARA, SOLEDAD M. E. YAPURA

- 40 CALIDAD
El impacto del trabajo nocturno en la salud de profesionales de Enfermería
LAURA C. E. BELLINI (DIRECTORA), SILVIA E. ARBELLO (CODIRECTORA)
INVESTIGADORES ANTONELLA B. ÁLVAREZ, AGUSTÍN C. AMAYA, VALENTINA CERRUTTI, MACARENA GÓMEZ, JULIANA B. GONZÁLEZ, DAIANA HANRRIGUEZ, ADRIÁN HERRERA, IVANA JARA, BELÉN MEDINA, EBER F. MOLINA, RAÚL PÉREZ, PATRICIA RODRÍGUEZ, EVELIN ROGULOTTO, ESTEFANÍA SPILIER, CRISTINA SPINELLI, LAURA VERÓN

- 45 GESTIÓN
Aportes de las habilidades interpersonales para mejorar el trabajo interdisciplinario en salud
VERÓNICA MEZA

- 54 RINCÓN LITERARIO
“La rara enfermedad de la vida efímera”
WALTER LEGUIZAMÓN

- 59 Bases para la publicación de artículos

STAFF

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Leandro Vargas
Lic. Maximiliana La Rosa Salaberry
Lic. Sabrina Soprano
Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

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

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios
y Hospitales Privados de
la República Argentina

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

Periodicidad trimestral (marzo, junio,
septiembre y diciembre)

AÑO 22 | N° 83 | SEPTIEMBRE 2025

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora
de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones
(AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de
Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B.
Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAF (Asociación de Enfermería
de Capital Federal)

Enfermería Oncológica: Lic. Constanza Celano. Licenciada en enfermería,
especialista en enfermería oncológica. Magister en Administración y
gestión de sistemas y servicios de salud. Docente de la Univ. Austral.

Informática en Enfermería: Mag. Zulma González. Máster en recursos
digitales. Lic. en Enfermería. Esp. en Informática en Salud. Profesora
universitaria. Esp. en Enfermería Clínica. Doctoranda en Educación
universitaria.

Enfermería del Adulto y del Anciano. Dra. Sandra Elena Coronel. Dra. en
Ciencias de la Salud. Lic en Enfermería. Esp. en Administración Hospitalaria.
Líder de Proceso de Enfermería y Quirúrgico. Jefe de Enfermería en Casa
Hosp. San Juan de Dios.

Gestión en Enfermería: Dra. Isabel Vera. Doctora en Enfermería. Directora
de la Unidad Académica de la UBA. Facultad de Medicina. Corporación
Médica San Martín

Enfermería Neonatal. Lic Guillermina Chatás. Subdirectora de la Carrera
de Enfermería Neonatal. Universidad Austral.

Investigación en Enfermería. Mag Laura Alberto. Maestría en Educación.
Incorporada a la Carrera del CONICET como Investigadora Adjunta
en el Instituto de Investigación en Medicina y Ciencias de la Salud de la
Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Educación en Enfermería. Mag. Dolores Latugaye. Maestría en Educación
con orientación en Gestión Educativa. Doctoranda en Ciencias biomédicas.
Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería Univ. Austral.

IMAGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

En los artículos publicados en la presente edición de VEA se pone de manifiesto la importancia creciente que tiene la profesión en el cuidado de la salud de la población. Enfermería se va abriendo paso no solamente a través del desarrollo de técnicas propias de la disciplina, sino también en relación a la prevención y promoción de la salud. Cada vez más espacios reclaman su participación como integrante esencial del equipo que se encarga del bienestar de la salud de las personas. Esto supone una mayor exigencia en cuanto a capacitación profesional, la cual se nutre de las disciplinas duras y las humanidades. El hincapié que se hace en los últimos tiempos en los aspectos humanísticos de la atención da cuenta, por un lado, del desafío para los trabajadores de Enfermería de enfrentar situaciones de violencia desde una perspectiva integral, a fin de no responder con violencia a las agresiones

recibidas, sino aprender a aplicar herramientas para neutralizarla. Por otro lado, de la presión laboral en la que está inmersa la mayoría de los enfermeros, por múltiples factores: laborales, económicos, falta de sueño, conflictos familiares, inseguridad, todo lo cual incide negativamente en su desempeño.

Entonces, cuando la expectativa de los usuarios del servicio de salud es recibir un cuidado humanizado, respetuoso y cordial de parte de los profesionales, el esfuerzo para realizarlo es doble y muchos claudican en este objetivo.

Por eso es tan importante no perder de vista el impacto que tiene en la sociedad el comportamiento de quienes representan una determinada profesión. Forma parte de nuestro compromiso ético aportar a una imagen positiva de la Enfermería hacia la sociedad. Más allá de los justos reclamos por distintos motivos que afectan a la profesión, o por cuestiones que no

está a su alcance resolver, lo que sí depende de cada integrante de la Enfermería es lo que refleja hacia afuera con su comportamiento. La poca conciencia acerca de este deber moral –razón por la cual no se reflexiona lo suficiente sobre este aspecto y se lo descuida– acarrea consecuencias que desvirtúan el verdadero rostro de la Enfermería como profesión.

Justo es reconocer también que hay entre nuestros colegas aquellos que prestigian la profesión, con su idoneidad disciplinar, su sólida formación científica, su activa participación en los espacios del equipo de salud, su desenvolvimiento para presentar trabajos científicos e intervenir en discusiones de la disciplina.

Es de desear que haya más colegas que se sumen a esta modalidad a fin de aportar al reconocimiento profesional de la Enfermería en nuestra sociedad.

Mg. Hna. Mercedes Zamuner

Rol del equipo de salud para el sostenimiento de la lactancia exclusiva

Andrea Mariana Cantero*

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

INTRODUCCIÓN

La leche humana es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Por un lado, cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico; por otro lado, desde el punto de vista emocional, contribuye a establecer un buen vínculo madre-hijo/a y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura.

La OMS y UNICEF recomiendan lactancia exclusiva durante los primeros seis meses y hasta los dos años, complementada con otros alimentos, con el fin de

ofrecer a los niños y niñas un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. También, porque la lactancia puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo.

En Argentina, la lactancia exclusiva se mantiene hasta los dos meses en 5 de cada 10 niños/as (52%) y a los seis meses sólo 4 de cada 10 (42%) la sostienen. Mejorar los indicadores en nuestro país y cumplir con la meta de la OMS para el año 2030 de alcanzar el 70% de prevalencia a los seis meses requiere que los equipos de salud estén capacitados, a fin de optimizar estrategias de impacto positivo y respetuoso hacia las familias en el proceso de lactancia.

Asimismo, el personal debe ser sensible a las necesidades de las familias asistidas para acompañar plenamente este proceso, ya que no sólo precisa de asistencia médica sino también de apoyo humano. Todo esto debe darse en un contexto pautado por normativas y políticas claras, escritas y consensuadas sobre el manejo de la lactancia humana.

BASES FISIOLÓGICAS DE LA LACTOGÉNESIS

La lactogénesis es el inicio de la secreción de leche e incluye todos los cambios que se producen en el epitelio mamario, desde un

*Licenciada en Obstetricia. Especialista en Lactancia y Crianza. Miembro del Comité de Lactancia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

estado indiferenciado al principio del embarazo, hasta la lactancia completa después del parto.

La lactogénesis ocurre en tres etapas: la primera, denominada lactogénesis I; la segunda etapa, lactogénesis II; la tercera, también denominada galactopoyesis, es el mantenimiento de la producción de leche.

Durante el embarazo, la mama desarrolla la capacidad de secretar leche, al transformarse desde un simple árbol ductal a un órgano exócrino altamente eficiente con estructuras lobares-alveolares expansivas. Esta transformación regulada por hormonas (sobre todo por la progesterona y por la prolactina) implica cambios tanto en la composición celular de la glándula mamaria y en las propiedades estructurales, celulares y bioquímicas de las células alveolares, que son muy importantes para el desarrollo del transporte de solutos y las funciones secretoras de la glándula.

En humanos, esta transformación mamaria ocurre durante el segundo trimestre del embarazo (entre la 16° y la 20° semana), cuando esta serie de cambios logra que las células alveolares tengan una diferenciación que las capacita para producir leche (es decir, ha cesado la proliferación del epitelio alveolar y las células del alvéolo mamario inician su actividad secretora).

1º ETAPA: LACTOGÉNESIS I

La función secretora comienza con un aumento de RNAm para muchas proteínas y enzimas im-

portantes en la formación de la leche, y con un aumento en el tamaño de las gotitas de grasa en las células alveolares, convirtiéndose en un componente celular importante al final del embarazo. También se produce un incremento de la síntesis de lactosa en las células alveolares, por un aumento en la concentración de prolactina en sangre. La secreción mamaria producida, que puede ser de aproximadamente 30 ml de calostro al día al final del embarazo, contiene pequeñas cantidades de componentes de la leche, como la lactosa y alfa-lactoalbúmina.

Cuando se ha alcanzado la lactogénesis I, la glándula ya está lo suficientemente diferenciada para producir leche, pero en la especie humana está bloqueada por la acción de la progesterona, y posiblemente también por los estrógenos. Esta primera etapa de la lactogénesis comienza durante la gestación y continúa hasta la segunda etapa.

2º ETAPA: LACTOGÉNESIS II

Se inicia con la producción de abundantes cantidades de leche; ocurre normalmente entre las 40 y 72 horas posteriores al parto, pero puede oscilar entre 24 y 102 horas; es coincidente con la percepción materna de una plenitud de las mamas, también llamada “bajada de la leche”. Este inicio de la lactogénesis II ocurre a los dos o tres días posparto en la especie humana y se debe, probablemente, a la disminución de la progesterona, ya que, en otras especies, como en la vaca, es coincidente

con el parto, o en la rata, que ocurre a las cuatro horas tras el parto. La disminución brusca de la progesterona es el “gatillo” para que se produzca la lactogénesis II. Está producida por la salida de la placenta; en caso de que haya restos placentarios, podría retrasarse o impedirse. La disminución de las hormonas tras la salida de la placenta incrementa los niveles de prolactina, ya que durante el embarazo existe una inhibición competitiva (es decir, una mayor afinidad de la progesterona y el lactógeno placentario sobre los receptores de la prolactina), impidiendo la abundante producción de leche. Además de la salida de la placenta, para la producción de leche se necesitan niveles continuos de prolactina (cerca de 200 ng/ml).

El aumento notable de volumen de leche tiene lugar entre las 36 y 96 horas después del parto, produciéndose en las multíparas unas horas antes. El volumen de leche se incrementa unas 10 veces, desde unos 50 ml al día en las primeras 25 horas, a un incremento notable a las 36 horas posparto, que continúa posteriormente, con la producción de 500- 600 ml/día en la lactancia instaurada.

3º ETAPA: GALACTOPOYESIS

Se denomina así al mantenimiento de la producción láctea una vez establecida la lactancia. La producción y secreción de leche es continua, y la regulación está fundamentada en las demandas del lactante. Tiene un control endócrino, ejercido por hormonas

y un control autócrino, regulado por el vaciamiento de la mama y por el factor inhibidor de la lactancia (en inglés FIL, *Feedback Inhibitor of Lactation*).

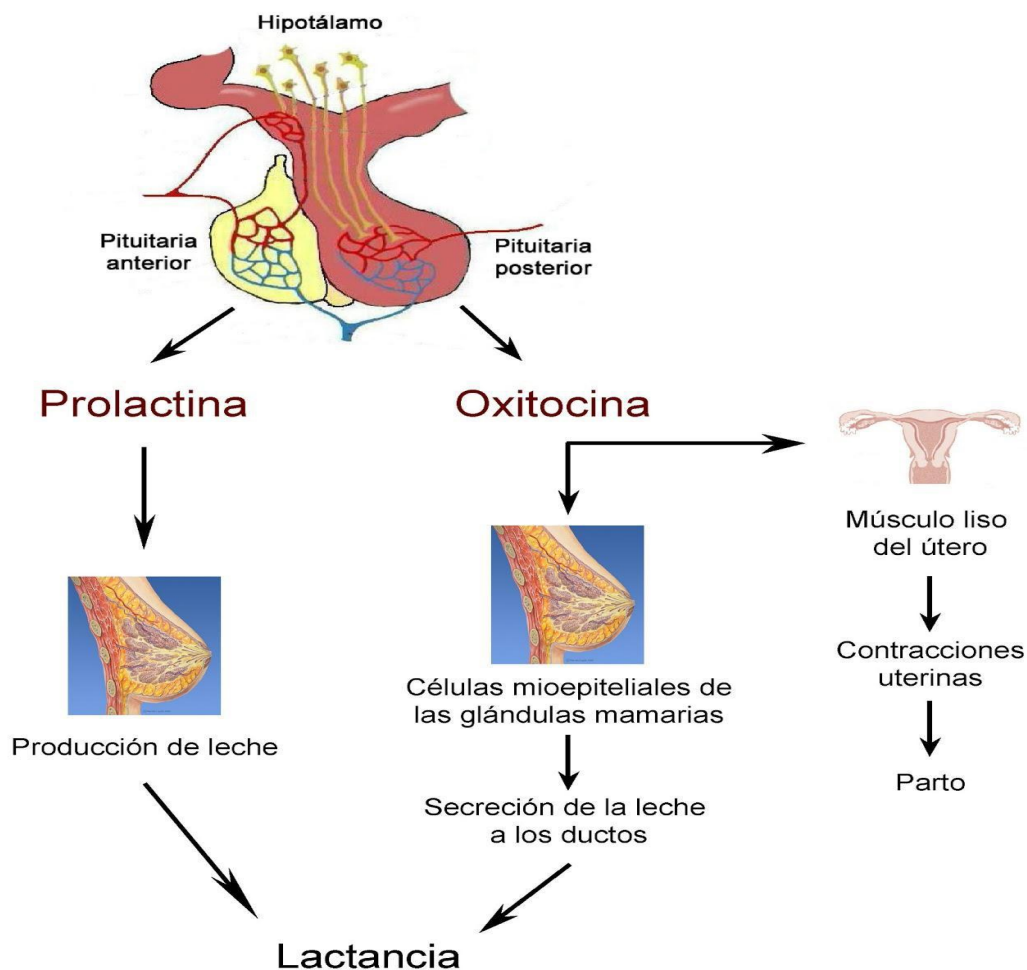
La prolactina ejerce un papel importante en la producción; cuando se inhibe, se suprime la lactancia. Para ejercer su efecto lactogénico son necesarias otras hormonas (como la insulina, hormonas tiroideas, corticoides y hormonas de crecimiento). Los niveles de prolactina aumentan por el estímulo del pezón y la areola realizado con la succión, por lo que una mayor frecuencia de tomas aumenta los niveles de prolactina y eleva la producción de leche.

Los niveles plasmáticos en las mujeres que amamantan son muy variables, probablemente por el ritmo circadiano y el número de tomas en 24 horas. El sistema dopaminérgico controla la regulación de la concentración plasmática de prolactina. La cantidad de dopamina que alcanza la adenohipófisis determina la cantidad de prolactina secretada, por lo que el estímulo del pezón y la areola en cada succión produce un reflejo neurohormonal que inhibe esta dopamina, produciendo una liberación de prolactina.

Es importante realizar un vaciado frecuente de la leche producida, ya que existen factores como la proteína FIL, que junto con la pre-

sión intraalveolar y otros, actúan sobre las células alveolares disminuyendo la producción láctea y la sensibilidad a la prolactina.

La salida de la leche de las mamas ocurre por la presión negativa ejercida con la succión del neonato, y también por la acción de la oxitocina, que contrae las células mioepiteliales que rodean a los alvéolos y provoca la eyección de la leche. La síntesis de oxitocina se incrementa por la succión del neonato, que estimula los receptores táctiles de la areola, y también se libera en respuesta a otros estímulos como la manipulación del pezón y a estímulos sonoros o visuales relacionados con el neonato (1).



CALOSTRO

Es secretado durante los primeros días posparto, cuando las vías paracelulares en el epitelio mamario están abiertas y permiten la transferencia de anticuerpos de alto peso molecular, factores anti-inflamatorios, factores de crecimiento, componentes anti-infecciosos y otros componentes protectores en la producción láctea (2).

Posee componentes similares al líquido amniótico y facilita la transición de la nutrición intrauterina a la extrauterina en mamíferos. Cuando el calostro es dado a los bebés durante el período posnatal precoz los componentes protectores de alto peso molecular pueden pasar a través de las vías paracelulares abiertas al interior del tracto gastrointestinal del bebé (2).

Es importante tener en cuenta la relación dosis-respuesta: a mayor duración de la misma en el tiempo y, a mayor exclusividad, mayores son los beneficios para la salud del lactante (3).

LA PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA

La gestación constituye el mejor momento para informar a las personas gestantes sobre los beneficios de la lactancia y cómo llevarla a cabo con éxito, si es que deciden amamantar. Aunque la lac-

tancia es considerada un proceso natural, tanto la persona gestante como el recién nacido precisan de un óptimo aprendizaje y acompañamiento.

La manera en la que un recién nacido es recibido inmediatamente después de su nacimiento y durante sus primeras horas de

vida puede tener consecuencias a corto y largo plazo. Empatizar con la situación prenatal de los recién nacidos podría dar lugar a la inquietud acerca de la cronología ideal de acciones desde su perspectiva, en el momento de los grandes cambios del ambiente intrauterino al externo (4).

ACCIONES E INTERVENCIONES

OBJETIVOS:

- Establecer las condiciones que favorecen el inicio, la instauración y el mantenimiento de la lactancia.
- Fortalecer el rol de las y los profesionales de salud en el acompañamiento de las familias y la comunidad en el proceso de lactancia.
- Identificar cuáles son las acciones que perjudican el inicio de la lactancia e intervenir de manera oportuna ante los primeros signos de dificultad.

CLAVES PARA FAVORECER LA LACTANCIA:

- Fomentar el contacto piel a piel durante la primera hora posparto, independientemente de la vía de finalización del parto.
- Facilitar la presencia de un acompañante que la persona elija durante todo el proceso de nacimiento.
- Posponer las intervenciones neonatales que no son sensibles al tiempo, siempre y cuando el estado materno y neonatal lo permitan.
- Observar técnica de amamantamiento. Explicar la prendida asimétrica y posiciones para lograr un vaciamiento completo de la mama.
- Libre demanda.
- Alojamiento conjunto.

DURANTE LA INTERNACIÓN CONJUNTA:

- La persona púérpera debe recibir apoyo para sostener la lactancia.
- Pautas de alarma para la identificación de congestión mamaria, grietas de pezón.
- Evaluación de la técnica de amamantamiento antes del alta.
- Enseñar la técnica de extracción manual.
- Evitar el uso de biberones y chupete.

I. CONTACTO PIEL A PIEL

Algunas acciones son sensibles al tiempo y tienen un impacto importante según el momento en que se realicen y deben priorizarse: el contacto piel a piel (CoPaP) de la madre y el recién nacido, la ligadura oportuna del cordón umbilical y el inicio de la lactancia (4). La evidencia actual sostiene como práctica segura y saludable el CoPaP inmediato, prolongado y sin interrupciones luego de un parto vaginal o una cesárea para todas las personas púerperas estables y sus bebés sanos.

Los recién nacidos que son colocados luego de nacer en CoPaP sobre el cuerpo de la persona púérpera muestran una transición de la vida fetal a la neonatal con mayor estabilidad respiratoria, de la temperatura y la glucemia, menos llanto que indica menos estrés (5).

Está recomendado por la OMS y avalado por amplia evidencia científica, con beneficios tanto para la persona púérpera como para el recién nacido y la lactancia humana. A pesar de ello, no siem-

pre se sigue esta recomendación y se producen separaciones e interrupciones innecesarias debido a la medicalización de los partos y las rutinas hospitalarias. El momento del nacimiento, y no luego, parece ser el indicado para un inicio exitoso de la lactancia, con menos probabilidad de dificultades posteriores.

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediatamente después del parto y hasta después de que el bebé lacte por primera vez incrementa la probabilidad de que éste siga lactando durante los primeros meses de vida.

El acople espontáneo generalmente se logra mediante la posición biológica: el reflejo de búsqueda del pecho se encuentra presente durante el primer mes de vida y se activa en esta posición.

Luego de que el recién nacido se mantuvo en CoPaP la primera hora de vida, en la que se realizó el clampeo oportuno del cordón umbilical y se estableció la lactancia, está mejor preparado para tolerar la aplicación de una serie de acciones que, aunque no sensibles al tiempo, son muy importantes por sus efectos específicos (5).



II. ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LIBRE DEMANDA

El alojamiento conjunto y sin restricciones durante las 24 horas del día favorece la lactancia, al permitir al bebé acceder al pecho siempre que lo desee. Se sabe que las personas púrpas que tienen al recién nacido con ellas en todo momento están menos preocupadas y descansan mejor. Además, el lactante está más tranquilo porque tiene la posibilidad de satisfacer antes sus necesidades (nutricionales, de contacto, calor, cariño y seguridad). El alojamiento conjunto también favorece que el personal sanitario pueda ofrecer un apoyo a la persona gestante más constante y eficaz.

El principal estímulo para la producción de leche es la succión del niño/a y el vaciado del pecho. Cuanta mayor cantidad de veces se prenda al pecho más cantidad de leche se producirá. Es fundamental ofrecerle pecho a demanda, siempre que el bebé lo requiera y todo el tiempo que quiera. De esta manera, estaremos seguros de que recibe todo lo que necesita, unas veces alimento, otras cariño o protección.

El recién nacido sano que mama adecuadamente y a demanda no necesita otros líquidos diferentes a la leche humana. No es necesario ni recomendable ofrecerles agua, suero o leche de fórmula, salvo indicación médica (6).

III. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

La posición del niño/a y el correcto acople al pecho son aspectos que influyen en el éxito de la lactancia. Ir alternando diversas posiciones facilita el correcto drenaje de toda la mama y previene la aparición de complicaciones (congestión mamaria, grietas del pezón, mastitis, etcétera).

En la posición sentada clásica, la madre se sitúa apoyando bien la espalda, erguida. El recién nacido va hacia el cuerpo de la persona púrpas, cuerpo contra cuerpo. Con una de las manos sostiene al lactante y la otra mano la mama en posición de C: cuatro dedos abajo y uno arriba, aunque puede hacerse en forma de pinza; no se debe presionar demasiado para no obstaculizar el flujo de la leche. El pezón queda a la altura de la nariz y estimula el paladar del recién nacido cuyo cuerpo está en línea recta.

La boca del bebé está bien abierta, labios evertidos y se observa más aréola por encima de la boca del bebé que por debajo (prendida asimétrica) (7).

IV. SIGNOS DE CORRECTA PRENDIDA

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados, de 10 a 30 succiones, en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión.

Se puede observar que la lengua del bebé está debajo de la aréola, se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula y que la mejillas no se hunden, sino que se ven redondas y llenas. En cada sesión de amamantamiento deben ofrecerse ambos pechos y en la próxima se comen-



zará por el último que terminó de tomar. Ello es por dos razones: el vaciamiento del pecho hace que se produzca más leche y además el bebé tomará la leche tardía, final, que tiene mayor contenido en lípidos (7).

Una posición correcta al amamantar, el utilizar más de una posición de forma alternada, unido a un correcto acople, constituyen factores protectores para una lactancia exitosa; los profesionales deben ganar experiencia en

la ayuda práctica a las personas puérperas, para ofrecerles apoyo de forma oportuna y continua.

CONCLUSIÓN

La lactancia humana se considera una intervención eficaz para disminuir la mortalidad infantil. Es fundamental fomentarla, promoverla y protegerla desde el embarazo, durante el parto y el puerperio, de manera empática y respetuosa respaldadas por políticas y rutinas institucionales. Retrasar el inicio de la lactancia puede comprometer el potencial de producción de leche en el futuro. Es necesario que el equipo de salud tenga conocimientos y

destrezas adecuados para poder ayudar a las personas puérperas a establecer la lactancia en el posparto inmediato y sostenerla en el tiempo, implementando acciones de apoyo y sostén para que la misma sea posible en todos los niños y niñas.

Las personas puérperas deben recibir información sobre las medidas de prevención existentes que impidan la aparición de complicaciones durante la lactancia y dar las pautas de alarma para realizar

la consulta en forma oportuna, resolver las complicaciones y evitar el destete precoz, promoviendo a la vez cuidados de calidad.

El equipo de salud desempeña un papel fundamental en la promoción de la lactancia y en la prevención de complicaciones. Brindar al recién nacido y a la persona puérpera una atención apropiada en los momentos posteriores al parto es decisivo no solo para que la lactancia se inicie, sino también para que continúe satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFÍA CITADA:

1. Cantero, A. (2022) Extracción precoz de calostro como estrategia para la alimentación de recién nacidos prematuros". *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 7(2):e1-11. Disponible en: www.sarda.org.ar/images/2023/3_actualizacion_calostro.pdf
2. Maldonado, J. (2013) "Lactancia materna en prematuros: nuevas evidencias". Servicio de Neonatología. Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.
3. Ministerio de Salud. "Lactancia, Promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño". Módulo 3.
4. Crenshaw, J.T. (2014) Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together — It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*; 23(4):211-217.
5. Consenso La Primera Hora de Vida. UNICEF. Ministerio de Salud. Argentina. Año: 2022
6. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna de la AEP.
7. Quintero Fleites, E.; Roque Peña, P.; De La Mella Quintero, S.; Fong Zurbano, G., Martín Morales, J.M. (2012) Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Medicentro Electrónica* [online], 18 (4): 156-162.

XVII Jornada de ENFERMERÍA

Competencias y habilidades en la era de la innovación tecnológica.

Abierta las inscripciones

¡Llegó el encuentro anual que no te podés perder!

Inspírate, aprendé y conectá con colegas de todo el país en un espacio donde la experiencia y la tecnología se unen para potenciar nuestra profesión.

Día:
10 de Septiembre.

Lugar:
Scala Hotel, Buenos Aires.

Hora:
De 8.30 a 14:30 h.

Entrada gratuita | Cupos limitados.

**Modalidad presencial
y por Streaming.**

Reservá tu lugar ahora y conocé todos los detalles ingresando en:
www.jornadadeenfermeria.com.ar

Animáte a ser parte del futuro de la enfermería.

¡Te esperamos!



ESCUELA DE
ENFERMERÍA



SWISS
MEDICAL

La procuración de órganos y tejidos, un nuevo desafío para Enfermería

Rosalin Torriente Dreke

Enfermera de cuidados intensivos · CEMIC

Los profesionales de Enfermería desempeñan un papel fundamental en el proceso de identificación de posibles donantes, desde la detección temprana hasta los cuidados específicos para los pacientes críticos y no críticos que perduran después de la muerte. El conocimiento de los protocolos institucionales es clave para facilitar la donación.

INTRODUCCIÓN

El trasplante es considerado un tratamiento médico y quirúrgico de primera línea a nivel mundial. Su eficacia, potenciada por los avances en las ciencias médicas, abarca diversas condiciones de salud. En este proceso, el personal de enfermería juega un papel crucial para el éxito del tratamiento, ya que forma parte esencial del equipo multidisciplinario especializado en trasplantes. Los enfermeros proporcionan cuidados

especializados en las fases previas, inmediatas y a largo plazo del trasplante. Sin embargo, para que un trasplante se realice, es indispensable la procuración de órganos y tejidos.

La procuración de órganos y tejidos, según lo establecido por la Ley Nacional de Trasplante 27.477, se define como un servicio asistencial dentro del hospital. En este contexto, se designa a un profesional sanitario capacitado

para promover e implementar la dinámica de donación-trasplante dentro del entorno hospitalario.

A menudo, las actividades asistenciales y administrativas realizadas por los enfermeros no reciben el reconocimiento adecuado durante el proceso, pero gracias a sus competencias profesionales y formación académica, contribuyen significativamente al éxito de la donación de órganos y tejidos. Enfermería es una profesión con

una destacada capacidad para establecer relaciones de respeto y cordialidad con los diferentes servicios dentro de la institución. Además, dado que los enfermeros están presentes todos los días en los centros de salud –lo que les permite establecer vínculos afectivos y comunicativos con los pacientes y sus familias–, esta cercanía facilita y enriquece las acciones relacionadas con la procuración de órganos.

ANTECEDENTES EN ARGENTINA

En nuestro país, durante la década del '70, los avances en el desarrollo de fármacos inmunosupresores, junto con el creciente aumento en la demanda de trasplantes, impulsó la regulación de la práctica, lo que dio lugar al establecimiento del Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI) y a la Ley 21.541 en 1977, que sentó las primeras bases para la donación y trasplante de órganos.

Actualmente, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) es la entidad encargada de impulsar, normatizar, coordinar y supervisar todas las actividades relacionadas con la donación y trasplante a nivel nacional. Este organismo, descentralizado y dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, juega un papel clave en el sistema de trasplantes en Argentina.

Otro hito fue la sanción en 2018 de la Ley Nacional de Trasplante, conocida popularmente como

la “Ley Justina”. Esta ley, que nació gracias al impulso de los padres de Justina Lo Cane, una niña que falleció mientras esperaba un trasplante de órgano, establece un nuevo paradigma y fortalece el proceso de donación y trasplante en el país, introduciendo diversos cambios y derechos para los pacientes.

La ley establece lo siguiente:

- Derechos de los donantes y receptores: se garantiza el respeto a la intimidad, privacidad y confidencialidad, así como la integridad física, el derecho a la información y un trato equitativo e igualitario.
- Principios bioéticos: se promueven valores como el respeto por la dignidad, la autonomía, la solidaridad, la justicia, la equidad y la autosuficiencia.
- Prioridad en el traslado: se otorga prioridad a los traslados de pacientes en situación crítica, tanto en transporte aéreo como terrestre.
- Creación de servicios de procuración: se establecen servicios especializados dentro de los hospitales para garantizar todas las etapas del proceso de donación.
- Procedimiento de donación renal cruzada: se incorpora como opción para pacientes que necesitan un trasplante renal.
- Optimización de los procesos judiciales: se simplifican y agilizan los trámites judiciales requeridos para autorizar la donación.
- Autorización en menores: en el caso de menores de edad, se permite que la autorización para la

ablación de órganos sea otorgada por ambos progenitores o por el que se encuentre presente.

- Protocolos de diagnóstico: se elimina el artículo 23 de la ley anterior, quedando el diagnóstico de muerte bajo un protocolo específico establecido por el Ministerio de Salud con el asesoramiento del INCUCAI.
- Medios de comunicación: se establece un capítulo que regula el tratamiento responsable de las noticias relacionadas con donación y trasplantes.
- Comisión Federal de Trasplante (COFETRA): se incorpora a esta comisión como órgano asesor del INCUCAI.

Lo que se mantiene en la ley:

- Donante presunto: se considera como donante a toda persona mayor de 18 años que no haya expresado su oposición a la donación.
- Mayoría de edad: se requiere la mayoría de edad para registrar la voluntad afirmativa o negativa de donar órganos.
- La procuración de órganos y tejidos es un proceso complejo y crítico que se lleva a cabo en diversas etapas, con la participación de múltiples profesionales especializados. Desde el establecimiento de salud donde se encuentra el posible donante, hasta la intervención de los profesionales del INCUCAI, cada acción debe ser coordinada de manera simultánea y precisa, culminando en la ablación, distribución e implantación de los órganos.

- El primer paso en la procuración es la detección del posible donante (PD). Este es un paciente internado en una unidad de salud que, tras una evaluación, se identifica como posible donante de órganos y tejidos. La detección puede darse tanto en pacientes adultos como pediátricos.
- Una vez certificada la muerte del paciente, se inicia la comunicación con la familia y se realiza el aviso al INCUCAI, incluyendo la documentación pertinente y la condición clínica del posible donante.

TIPOS DE DONACIÓN Y PROTOCOLOS

En Argentina, cualquier tipo de donación está sujeta a protocolos nacionales, que definen las condiciones que deben cumplirse para iniciar el proceso de confirmación o descarte del diagnóstico de muerte, asegurando que se sigan los procedimientos y acciones adecuados en cada caso.

Un aspecto clave en este proceso es la comunicación con la familia. Tras la certificación de la muerte, el médico tratante debe informar a la familia sobre la posibilidad de donación. En este momento, el personal de Enfermería juega un rol fundamental: a la vez que brinda un acompañamiento cercano, ofrece explicaciones claras y detalladas sobre el proceso de donación. Su apoyo y orientación son esenciales para asegurar que la familia comprenda todas las etapas y decisiones involucradas en el procedimiento.

En nuestro país existen tres casos que pueden dar lugar a donación autorizados:

- cese irreversible de las funciones circulatorias (DPC)
- muerte encefálica (DME)
- asistolia controlada (DAC)

Estos casos pueden ocurrir en áreas críticas, como UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), UCO

(Unidad Coronaria), o en áreas no críticas, como internación general. Para cada caso está estipulado qué tejidos y órganos pueden ser donados:

- tejidos DPC: las córneas
- órganos y tejidos DME: incluye corazón, pulmones, riñones, páncreas, hígado e intestinos además de tendones, cartílagos, córneas, válvulas cardíacas, piel, huesos
- órganos en DAC: riñones, páncreas e hígado

Las donaciones en DAC y DME se originan en unidades críticas, donde los pacientes están ventilados y monitoreados hemodinámicamente. Los pacientes con DME presentan enfermedades neurológicas catastróficas, con una puntuación en la escala de Glasgow menor a 7, mientras que los de DAC experimentan un deterioro clínico con un pronóstico negativo y son sometidos a adecuación terapéutica.

1. DONANTE DE CÓRNEAS

En las áreas no críticas, los enfermeros desempeñan un papel crucial en la detección de posibles donantes de córneas, especialmente en casos de muerte por parada cardíaca. Una vez que se certifica el fallecimiento, su tarea principal es iniciar los cuidados adecuados para preservar el tejido.

- Aviso a las autoridades correspondientes

Es esencial notificar a las autoridades institucionales, quienes deben realizar una evaluación clínica exhaustiva de la historia médica del fallecido, aplicando los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la donación de tejido.

- Comunicar a la familia el inicio del proceso de donación
- Solicitar información a las autoridades correspondiente de la ex-

presión de voluntad del fallecido a la donación.

- Restricciones para la donación de córneas

Existen restricciones de edad: no pueden ser de donantes mayores de 80 años, debido a la alta tasa de descarte en este grupo etario; tampoco se consideran candidatas aquellas córneas de donantes menores de 2 años, ya que su flexibilidad, alta

curvatura, diámetro reducido y extrema delgadez dificultan su manejo técnico.

- Información necesaria

Es fundamental registrar la hora exacta del óbito, el diagnóstico clínico actual (incluyendo información sobre aislamiento, HIV, tratamiento antibiótico, etc.), así como el sexo y la causa de la muerte.

- Posición del cuerpo

El cuerpo debe mantenerse en posición semi-sentada, con un ángulo de entre 15° y 45°.

- Cuidado de los párpados

Se deben colocar gasas estériles humedecidas con solución fisiológica sobre los párpados, manteniéndolos cerrados de forma natural. No se debe utilizar cinta adhesiva para cerrarlos.

Muestras de sangre: Se debe solicitar una orden médica para la recolección inmediata de tres tubos de sangre para pruebas químicas, así como una muestra para PCR por COVID-19.

- Condiciones de refrigeración

El cuerpo debe ser mantenido a

una temperatura de entre +2°C y +8°C. El tiempo estimado para la ablación de córneas es de hasta 12 horas *post mortem*. Sin embargo, esta ablación sólo podrá realizarse hasta 6 horas después de la muerte, ya que después de este tiempo se producen cambios como autólisis, alteraciones en las concentraciones electrolíticas, variaciones en el pH y disminución de la concentración de oxígeno, lo que afecta la integridad celular del tejido.

2. DONANTE DE CORAZÓN BATIENTE

El diagnóstico de muerte encefálica (ME) es clínicamente irreversible y se detecta en las áreas críticas, donde el paciente requiere ventilación mecánica y soporte hemodinámico complejo. El rol del enfermero es acompañar al médico en la UCI en la evaluación del paciente, registrando detalladamente en la evolución de Enfermería los siguientes aspectos:

- ausencia de respiración espontánea

- ausencia de respuesta motora a estímulos de cualquier tipo

- presencia de midriasis arreactiva bilateral permanente

En este escenario, las intervenciones de Enfermería incluyen:

- pase de guardia (según protocolo institucional)
- lavado de manos
- suspensión de alimentación enteral o parenteral, en caso de que el paciente esté recibiendo
- colocación de sonda nasogástrica o nasoentérica con bolsa de evacuación

- registro y evaluación de la cantidad y característica de residuo gástrico

- higiene y confort del paciente, asegurando que la piel se mantenga limpia y seca; se debe prestar especial atención a las zonas de apoyo para evitar lesiones por presión (aplicar parches en caso necesario). Si presenta lesiones, determinar con el médico intensivista las curaciones a realizar.

CUIDADOS OCULARES PARA PRESERVAR LAS CÓRNEAS:

- En caso de ser un potencial donante de córneas, debe estar con los ojos cerrados.
- Mantener humectación ocular cada 2 (dos) horas y preservar los párpados cerrados con gasas embebidas en solución fisiológica donación).

- Monitoreo de la temperatura corporal, utilizando termómetro rectal; prestar especial atención a la hipotermia que podría desarrollarse. Se debe mantener la temperatura por encima de los 32°C, aplicando calentamiento activo con mantas y sueros calientes,

siempre vigilando el estado de la piel para evitar quemaduras.

- Conexión constante al monitor multiparamétrico: registro y evaluación de los signos hemodinámicos.
- Observar que el paciente no reciba fármacos que puedan

producir alteraciones metabólicas o endocrinas, para evitar deprimir el sistema nervioso central.

- Continuar con el esquema de medicación antibiótica
- Cuidados de higiene bucal: asegurar la aspiración frecuente de secreciones bronquiales para mantenerlas fluidas, utilizando oxígeno humidificado y tibio para evitar pérdida de temperatura. La asistencia mecánica debe ajustarse según sea necesario, garantizando una saturación de oxígeno superior al 95%, controlando regularmente los parámetros del ventilador, el estado de las tubuladuras y acoples, y manteniendo la FiO2 lo más baja posible (ideal < 40%) con un PEEP de 4 cmH2O.

- Mantener el cuidado del catéter arterial radial y asegurarse de que la presión arterial media (TAM) se mantenga en niveles aceptables (> 70 mmHg).
- En caso de que existan drenajes torácicos, se debe realizar un control horario de su medición y evaluar sus características.
- Evaluar y registrar las medidas antropométricas.
- Administrar soporte inotrópico (dopamina, noradrenalina y adrenalina), según necesidad, siempre por bomba de infusión.
- Reposición de electrolitos (potasio, calcio, fósforo, magnesio) conforme se requiera.
- Control y tratamiento de la hipernatremia, ajustando las intervenciones según sea necesario.
- Control del estado ácido-base, realizando gasometrías arteriales

cada 2 horas y un control estricto de los resultados de laboratorio, con la evaluación continua por parte del médico tratante.

- Manejo de la diabetes insípida (con desmopresina como fármaco de elección), controlando estrictamente la diuresis horaria.
- Control y tratamiento de la hiperglucemia, manteniendo los niveles de glucosa entre 70 y 100 mg/dL.
- Monitoreo horario de ECG, presión venosa central
- Toma de muestras para hemocultivos, urocultivos y análisis de secreciones (si se identifica algún foco infeccioso), además de exámenes de laboratorio para serología con el fin de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas.

3. DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA

La donación de órganos en asistolia controlada (DCD, por sus siglas en inglés) se considera en función del lugar y las circunstancias en las que se produce el fallecimiento del paciente. Estas situaciones pueden originarse cuando el paciente recibe asistencia ventilatoria mecánica para asegurar la perfusión de los órganos.

Existen diferentes tipos de donantes:

Tipo I: pacientes que llegan fallecidos al hospital, incluidos aquellos con muerte súbita o traumática ocurrida fuera del hospital, que son trasladados sin haber recibido medidas de resucitación.

Tipo II: pacientes que fallecen después de una reanimación cardiopulmonar (RCP) infructuosa.

Tipo III: pacientes fallecidos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en los que se ha decidido retirar las medidas de soporte vital y realizar la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).

Tipo IV: pacientes que sufren un paro cardíaco durante el proceso de diagnóstico de muerte encefálica.

El protocolo de adecuación del esfuerzo terapéutico del centro donde se encuentra el paciente debe incluir la sedación y analgesia necesarias para esta situación. El enfermero tiene un papel esencial en la administración de las drogas estable-

cidas en la institución (como las benzodiazepinas y los opiáceos), siguiendo las indicaciones médicas. Además, debe observar los accesos venosos centrales disponibles, mantener una estricta vigilancia sobre el estado hemodinámico del paciente y seguir

el protocolo de adecuación terapéutica hasta que el paciente sea trasladado al quirófano.

Si la parada cardíaca no ocurre y el paciente regresa al área de atención, se continuará con las infusiones según lo indicado por el equipo médico.

CONCLUSIÓN

El rol de Enfermería en el proceso de procuración de órganos y tejidos es fundamental para garantizar que los procedimientos se lleven a cabo de manera eficiente, segura y respetuosa. Los enfermeros son potenciales agentes para comenzar el proceso, ya que el aviso de un óbito desencadena una posibilidad a la donación.

La formación especializada en cuidados intensivos, la vigilancia constante y el manejo adecuado de

los equipos y medicamentos son elementos clave que los enfermeros aportan al proceso de procuración, garantizando la viabilidad de los órganos para su posterior trasplante y ayudando a salvar vidas.

El trabajo de los enfermeros en este proceso es fundamental para garantizar la calidad de los tejidos, contribuyendo así a que puedan ser trasplantados con éxito. De allí la importancia de conocer los cuidados y procedimientos

que aquí se detallan para garantizar la preservación de los órganos que podrían ser destinados para un trasplante.

La intervención de Enfermería no sólo es crucial para asegurar que el proceso de donación se realice de manera efectiva, sin comprometer la viabilidad de los tejidos u órganos, sino también para garantizar un trato respetuoso, de contención y humano con la familia de los donantes.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Álvarez, M. J., & Gómez, E. J. (2017). Conocimiento sobre donación de órganos que poseen los enfermeros [Proyecto final de carrera, Universidad Autónoma de Entre Ríos]. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud.
2. Augsburg, A. C., Milano, Z. R., Lapalma, M. A., Brufman, G., Rigalli, M. A. (2021). La asimetría entre receptores y donantes como problema sanitario. Exploración de la aceptación o la negativa familiar a la donación de órganos y tejidos. Población y Salud en Mesoamérica, 19(1), 222-245. Universidad de Costa Rica. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/46278>
3. García, M. A., Peralta, G. F., & Montero, V. N. (2023). Conocimientos sobre la

- gestión del proceso de donación de órganos y tejidos. Comunicaciones Breves, FCVS UADER, vol. 1, n° 2. Disponible en: <https://revistacienciasfcvs.uader.edu.ar/index.php/revistacienciasfcvs2022/article/view/28>
4. Global Observatory on Donation and Transplantation. (2023). International report on organ donation and transplantation activities 2022. Disponible en: https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2023/11/2022-data-global-report_VF_2.pdf
5. Boletín Oficial de la República Argentina (2022). Procuración de órganos y tejidos. Anexo 1: Directrices del proceso en establecimientos asistenciales. Disponible en:

- https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resolucion-16422022_anexo_1.pdf
6. Ley Nacional de Trasplante 27.447. (2018). Ley Nacional de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Ley 27.447). Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27447>
7. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Donación de tejidos 3.5. Disponible en: <https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/donacion-de-tejidos-3-5/>
8. SINTRA, Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca/leyes-decretos-resoluciones#4>

Relevamiento de la adherencia a los lineamientos de la Ley 26.529: un estudio de caso

Cristina Mabel Ruiz (1)
 Juan Celestino Valdés Rojas (2)
 Jennifer Caridad Vasallo Valverde (3)
 Rosbelys López Suárez (4)
 Laura Camila Ares (5)

El conocimiento sobre los contenidos y alcances de la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud debe formar parte de la cultura institucional, a fin de garantizar su plena vigencia, así como un desempeño actualizado y responsable de todo el personal de la salud.

RESUMEN

A partir de la evaluación del nivel de adherencia de los conocimientos de los profesionales de Enfermería del área se busca identificar las áreas de fortaleza y las deficiencias en el conocimiento y aplicación de esta normativa, proporcionando datos que puedan guiar intervenciones educativas y mejoras en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE

Conocimientos de los profesionales de enfermería
 – intervenciones educativas

ABSTRACT

By assessing the level of adherence to the knowledge of nursing professionals in the field, we seek to identify areas of strength and weaknesses in the knowledge and application of these regulations, providing data that can guide educational interventions and improvements in clinical practice.

KEYWORDS

Knowledge of nursing professionals – educational interventions

(1) -Lic en Enfermería -Esp en Enfermería Legal -Esp en Enfermería Materno infantil y del adolescente
 (2)- Universidad Maimonides. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
 (3) Hospital Provincial General Belgrano
 (4) Ministerio de Salud CABA
 (5) Ministerio de Salud CABA.

INTRODUCCIÓN

La Ley 26.529, sancionada en Argentina en 2009, establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de salud. Este marco normativo busca garantizar el respeto a la dignidad, autonomía y privacidad del paciente, promoviendo una atención centrada en sus necesidades y derechos (1). Dado que los profesionales de enfermería son el enlace directo entre el paciente y el sistema de salud, su adhesión a los conocimientos establecidos en dicha ley es fundamental para garantizar una atención de calidad y el respeto por los derechos (2). La revisión de la literatura indica que la capacitación continua y el apoyo institucional son factores clave para mejorar esta adherencia basadas en evidencias. Sin

embargo, también se identifican desafíos como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y la resistencia al cambio, que pueden afectar negativamente la implementación de la ley.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Tomando como punto de partida un caso concreto, este estudio busca proporcionar una base de datos sólida, cuyos resultados permitirán diseñar intervenciones que optimicen la formación y la práctica clínica, contribuyendo a mejorar la atención y el respeto por los derechos del paciente pediátrico. A partir de la evaluación del nivel de adherencia de los conocimientos de los profesionales de Enfermería del área se busca iden-

tificar las áreas de fortaleza y las deficiencias en el conocimiento y aplicación de esta normativa, proporcionando datos que puedan guiar intervenciones educativas y mejoras en la práctica clínica. Los resultados y recomendaciones derivados de esta investigación serán útiles no sólo para el hospital estudiado, sino que también podrán aplicarse en otros centros de salud pública con características similares. De este modo, se procura contribuir a una mejora generalizada en la atención pediátrica y en el respeto de los derechos del paciente en Argentina. Además, esto permitirá desarrollar estrategias educativas específicas para mejorar la adherencia a esta normativa, lo que, en última instancia, beneficiará la atención en hospitales públicos.

El estudio se llevó a cabo en el servicio de pediatría de un hospital público en la provincia de Buenos Aires, durante el año 2024.

OBJETIVOS:

- Identificar el nivel de adherencia de conocimientos en profesionales de enfermería a la Ley 26.529 de derechos del paciente en su ámbito de aplicación en el servicio de pediatría.
- Caracterizar la población muestral en términos socio-demográficos.

- Determinar el nivel de percepción de adherencia de conocimientos sobre la Ley 26.529.
- Estudio descriptivo y transversal.
- Población: profesionales de Enfermería del servicio de Pediatría de un hospital público en la provincia de Buenos Aires.
- Muestra: sobre una población total de 81 personas, la muestra fue de 54 enfermeros asistenciales seleccionados por conveniencia. Se excluyeron gerentes y quienes no aceptaron participar.
- Recolección y análisis de datos: se utilizó un cuestionario semiestructurado validado previamente

(α de Cronbach = 0,8571). Se aplicó una escala Likert con niveles Alto, Medio y Bajo, y baremos para evaluar adherencia, clasificándose como buena o no buena según respuestas correctas e incorrectas. Los datos fueron analizados con Microsoft Excel y MedCalc, empleando estadística descriptiva (frecuencias, media, mediana y DE) y el test de Kolmogorov-Smirnov para distribución de variables ($P < 0,0001$).
• Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki, asegurando confidencialidad y consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.

RESULTADOS

TABLA 1. FRECUENCIA DE RESPUESTAS PERCIBIDAS: CONOCIMIENTO SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE QUE CONTEMPLA LA LEY 26.529

Ítem	Muy aceptado	Aceptación media	Poco aceptado
	Fo (%)	Fo (%)	Fo (%)
Derechos que contempla la ley.	11 (21,5)	27 (16,0)	16 (31,3)
Relación paciente con profesionales e institución	6 (11,7)	36 (21,4)	12 (23,5)
Información sanitaria	9 (17,6)	35 (20,8)	10 (19,6)
Consentimiento informado	13 (25,4)	33 (19,6)	8 (15,6)
Historia clínica	12 (23,5)	37(22,0)	5 (9,8)
Total de respuestas (n=270)	51 (18,8)	168 (62,2)	51 (18,8)
P <0,0001			

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. BAREMOS PARA DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE QUE CONTEMPLA LA LEY 26.529.

Valor mínimo: 5, valor máximo: 15, rango:10, intervalo: 3.			
Malo (5-8)	Regular (9-11)	Bueno (12-15)	
14	28	12	ANOVA
6,85 ± 1,35	10,10 ± 0,68	13,41 ± 1,08	Media/DS
P<0,001			P Valor

Fuente: elaboración propia.

TABLA 3. FRECUENCIA DE RESPUESTAS: CONOCIMIENTO SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE QUE CONTEMPLA LA LEY 26.529

ítem	Incorrectas	Correctas
	Fo (%)	Fo (%)
Derechos del paciente contemplados en la ley.	47 (27,9)	7 (4,4)
Derechos del paciente en general	4 (2,3)	50 (32,0)
Derechos del paciente en relación con profesionales e institución	49 (29,1)	5 (3,2)
Sobre información sanitaria	21 (12,5)	33 (21,1)
Consentimiento informado	22 (13,0)	32 (20,5)
Historia clínica	25 (14,8)	29 (18,5)
Total de respuestas (n=324)	168 (51,8)	156 (48,2)
P <0,0001		

Fuente: elaboración propia.

TABLA 4. BAREMOS PARA DETERMINAR EL NIVEL DE ADHERENCIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE QUE CONTEMPLA LA LEY 26.529.

Valor mínimo: 5, valor máximo: 15, rango:10, intervalo: 3.		
No buena (9-11)	Buena (12-15)	
42	12	ANOVA
8,42± 0,76	10,50 ±0,67	Media/DS
P<0,001		P Valor

Fuente: elaboración propia.

La media de edad de la muestra fue de 42,35 ± 10,40 años, con un predominio del género femenino (83,3%). El 62,9% de la muestra estaba compuesta por licenciados en enfermería, con una antigüedad promedio en los servicios de 9,96 ± 7,08 años. El principal acceso a la información sobre la Ley 26.529 fue a través de capacitaciones en servicio (38,8%).

El conocimiento sobre historias clínicas obtuvo una aceptación media del 22,0% (p < 0,0001). Sin embargo, el nivel de percepción global sobre conocimientos de derechos del paciente contemplados en la ley fue catalogado como regular, predominando en 28 respuestas (10,10 ± 0,68). Se registró un alto porcentaje de respuestas incorrectas (51,8%),

siendo la mayor frecuencia en cuanto a los derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de salud (29,1%). Además, el nivel de percepción sobre la adherencia a conocimientos de derechos del paciente contemplados en la ley fue calificado como no bueno en 42 respuestas (8,42 ± 0,76).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran, por un lado, que el nivel de conocimiento entre los profesionales de enfermería sobre la Ley 26.529 en su ámbito particular de aplicación (el servicio de pediatría) no es adecuado. Que el conocimiento sobre historias clínicas sea el área con mayor cantidad de respuestas correctas, mientras que la menor cantidad

registrada haya sido en lo referente a los derechos que contempla la ley (la mayoría de respuestas incorrectas se relacionaron con los derechos del paciente en su interacción con profesionales e instituciones de la salud) merece una consideración acerca de la manera en que las instituciones se vincula con la legislación vigente. Por otro lado, que el acceso a la

información se diera principalmente a través de capacitaciones en servicio nos habla de la importancia de sostener estas instancias formativas dentro de las instituciones de desempeño laboral, por ser la vía más directa de actualización y aplicación, a fin de promover una atención de calidad, que garantice la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA CITADA:

1- Boletín Oficial de la República Argentina (2009). Ley 26.529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152799/norma.html>
2- Amaral S, Simmonds N, Promislow JH, Ratjen F, Tomb E, Quittner A. (2014) *Pediatr Pulmonol*; 49(6):563-71.

3- Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. (2007) Contratos entre pacientes y profesionales sanitarios para mejorar el cumplimiento de los pacientes con el tratamiento y las actividades de prevención y promoción de la salud. *Cochrane Database Syst Rev.*; (2): CD004808. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004808.pub3/full/es>

4- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*; 282(15):1458-65. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192017>

Congreso Cuadrienal del CIE 2025

“Nuestro Congreso mostró la fuerza, la unidad y la innovación de la comunidad global de Enfermería. Juntos, hemos demostrado que el personal de Enfermería realmente tiene el poder de cambiar el mundo.”

Cada cuatro años el CIE realiza un Congreso internacional con invitados de jerarquía mundial para actualizar conocimientos y compartir con colegas de todas partes del mundo los avances en Enfermería.

Este año se realizó en Helsinki, Finlandia, del 9 al 13 de junio, en el Centro de Exposiciones y Convenciones Messukeskus Helsinki. El evento, de gran éxito, reunió a más de 7000 asistentes de 130 países para celebrar el tema:

«El poder de la Enfermería para cambiar el mundo».



Para el inicio, tuvieron el honor de recibir mensajes especiales del Papa León XIV, el Presidente de Finlandia, Alexander Stubb, el

Presidente de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, entre otras figuras destacadas.

Días antes del inicio del Congreso, durante la reunión del Consejo de representantes de las Asociaciones Nacionales de Enfermería (CRN) tuvo lugar la elección de la nueva Junta Directiva para el periodo 2025-2029. Se trata de un hito importante en el calendario de gobierno del CIE, quedando conformada de la siguiente manera:

- José Luis Cobos Serrano - Presidente (España)
- Sineva Maria Ribeiro - Vicepresidenta 1º
- Megumi Yamaura-Teshima - Vicepresidenta 2º
- Perpetual Ofori-Ampofo - Vicepresidenta 3º

- Myrna Abi Abdallah Doumit- Mediterráneo Oriental
- Emily McWhirter - Europa Occidental y Central
- Ricardo Correia de Matos - Europa Meridional
- Sylvain Brousseau - América del Norte y el Caribe
- Nora E. Barahona De Peñate - América Central y del Sur
- T. Dileep Kumar - Asia Sudoriental
- Ching Min Chen - Asia
- Debra Thoms - Asia Oriental y Pacífico



En la sesión plenaria del Congreso se hizo referencia a las formas en que se están abordando los principales retos de la atención de salud en Europa y se describieron las oportunidades para promover la equidad, la calidad y la sostenibilidad de la salud en toda la región.

La moderadora de la sesión, Dra. Pamela Cipriano, ex presidenta del CIE, afirmó que los sistemas

de salud europeos se encuentran entre los más desarrollados del mundo pero que todos ellos se enfrentan a retos como el envejecimiento de la población, el aumento de los costos, la presión sobre la mano de obra y las desigualdades en el acceso.

En tal sentido, afirmó: «Después de la COVID, tenemos que ser claros. Tenemos que estar preparados, tenemos que ir más allá

de los sistemas reactivos y asegurarnos de que nuestras intervenciones se centren en las personas. Cuando pensamos en reforzar los sistemas, debemos asegurarnos de que se centren en las personas y se basan en la información del personal de Enfermería. También sabemos que la salud es más que lo que entendemos cuando hablamos de asistencia sanitaria: se trata realmente del bienestar de la sociedad».



NUEVAS DEFINICIONES

En relación al trabajo que realiza el CIE, este año difundieron una nueva definición de *Enfermería* y de *Enfermera* a la luz de los avances que ha experimentado la profesión en los últimos años. Esta nueva definición es una de-

claración, una brújula global que reivindica y renueva la esencia y el potencial de la Enfermería. Es la culminación de una iniciativa global de un año de duración liderada por un grupo de expertos y respaldada por un grupo Delphi

de distinguidos profesionales de todas las regiones del CIE, lo que garantiza la inclusividad y la resonancia cultural en los diversos sistemas de salud y comunidades. En tal sentido, refleja un consenso verdaderamente global.

ENFERMERÍA

- Es una profesión dedicada a defender el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante el compromiso compartido de proporcionar cuidados y servicios colaborativos, culturalmente seguros y centrados en las personas.
- Actúa y aboga por el acceso equitativo de las personas a la salud y a los cuidados de salud, así como a entornos seguros y sostenibles.
- La práctica de la Enfermería encarna la filosofía y los valores de la profesión al prestar cuidados profesionales en los aspectos más personales de la vida de las personas relacionados con la salud.
- Promueve la salud, protege la seguridad y la continuidad de los cuidados, además de gestionar y dirigir organizaciones y sistemas de salud.
- Su práctica se sustenta en una combinación única de conocimientos disciplinarios basados en la ciencia, capacidad técnica, normas éticas y relaciones terapéuticas.
- Está comprometida con la compasión, la justicia social y un futuro mejor para la humanidad.

Por su parte, las enfermeras desempeñan un papel único en la salud y los cuidados de poblaciones de todas las edades y en todos los entornos, generando vínculos de confianza con personas, familias y comunidades y adquiriendo un conocimiento valioso sobre las experiencias de salud y enfermedad de las personas.

Basándose en la prestación de cuidados personalizados directos y sociales, las enfermeras desarrollan sus capacidades mediante la formación continua, la investigación y la exploración de las mejores prácticas.

Su ámbito de actuación está definido por su nivel de formación, experiencia, competencia, normas profesionales y autoridad legal.

Desempeñan un papel clave en la coordinación, supervisión y delegación de funciones a otras personas que contribuyen a la prestación de cuidados de salud.

Frecuentemente en la primera línea, responden a catástrofes, conflictos y emergencias, demostrando valentía, dedicación, adaptabilidad y compromiso con la salud de las personas, las comunidades y el medio ambiente.

LAS ENFERMERAS

- Son profesionales formadas con los conocimientos científicos, las habilidades y la filosofía de la Enfermería, para ejercer una profesión regulada basándose en normas de práctica y códigos éticos establecidos.
- Mejoran los conocimientos en salud, promueven la salud, previenen la enfermedad, protegen la seguridad del paciente, alivian el sufrimiento, facilitan la recuperación y la adaptación y defienden la dignidad a lo largo de la vida y al final de la misma.
- Trabajan de forma autónoma y colaborativa en diversos contextos para mejorar la salud, mediante su labor de abogacía, la toma de decisiones basada en la evidencia y el establecimiento de relaciones terapéuticas culturalmente seguras.
- Prestan cuidados clínicos y sociales, centrados en las personas y compasivos, gestionan servicios, mejoran los sistemas de salud, promueven la salud pública y de la población y fomentan entornos seguros y sostenibles.
- Lideran, educan, investigan, defienden, innovan y diseñan políticas para mejorar los resultados en salud.

Estudio DESCONHTAR: grado de conocimiento y control de la hipertensión arterial entre el personal de Enfermería

N. Mazzei (directora)*

INVESTIGADORES: A. Acosta, V. Mercado,
M. Fita, M. Maldonado, E. Zeoli,
R. Maldonado, C. Lutman, A. Bejarano,
F. Dalotto, N. Cauwlaert

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) continúa siendo el principal factor de riesgo cardiovascular, la primera causa de accidente cerebrovascular y la segunda causa de infarto agudo de miocardio, tanto a nivel global como en Argentina. Esto la convierte en una prioridad para la salud pública.

En Argentina, los estudios RENATA I y II, realizados con diez años de diferencia, evidencian una elevada y sostenida prevalencia de HTA, junto con niveles insuficientes de conocimiento y control por

parte de la población. Este estancamiento epidemiológico resalta la necesidad de reforzar las estrategias de prevención, detección precoz y adherencia terapéutica. Debido a que posee habilidades cognitivas y técnicas en su formación, así como acceso al sistema de salud, el personal de Enfermería puede evidenciar un muy buen conocimiento de la HTA y adecuado control de la misma. El presente estudio evidencia, sin embargo, que la falta de atención

médica regular y la ausencia de conductas saludables son factores clave que podrían justificar el desconocimiento de la HTA.

Frente a este diagnóstico situacional, el Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA), considera indispensable abordar esta problemática desde una perspectiva crítica mediante el estudio DESCONHTAR (DESCONOCIMIENTO y CONTROL de la Hipertensión ARterial).

1. Prof. Lic. Noemi Mazzei Directora de las carreras de Enfermería de la UNIVERSIDAD MAIMONIDES, (UMAI) Coordinadora del Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Argentina de HTA (GTE SAHA)
2. Prof. Lic. Alicia Acosta Enfermera de Cuidados Críticos Clínica Santa Isabel CABA. Integrante GTE SAHA
3. Lic. Vanesa Mercado Enfermera Nuevo Hospital San Roque Córdoba. Integrante GTE SAHA
4. Lic. Mariana Fita Servicio de cardiología CEMA, Mar del Plata. Integrante GTE SAHA.
5. Mg, Marcela Maldonado Enf control de infecciones Instituto Dupuytren CABA. Integrante GTE SAHA
6. Lic. Evelina Zeoli. Docente UMAI. Integrante GTE SAHA
7. Lic. Cecilia Lutman Enf educadora Unidad de HTA y RCV Hospital Eva perón Santa Fe Integrante GTE SAHA
8. Lic. Romina Maldonado Enf educadora Unidad de HTA y RCV Hospital Eva perón Santa Fe Integrante GTE SAHA
9. Prof Lic María Fernanda Dalotto Esp en educación. Enf UCO RCV Sanatorio Antártida CABA Integrante GTE SAHA
10. Mg, Ana Bejarano Coord. Comité Docencia e Investigación. Sanatorio La entrerriana, Entre Ríos Integrante GTE SAHA
11. Lic. Natalia Cauwlaert Servicio de Gerontología Ministerio de Salud Mendoza. Integrante GTE SAHA

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

OBJETIVOS

Identificar factores potenciales asociados al desconocimiento de esta condición, como aspectos cognitivos, conductuales, socioeconómicos, relacionados con la atención médica y antecedentes familiares.

Para ello se identifican dos problemáticas emergentes respecto de la HTA:

1. El escaso conocimiento de la enfermedad por parte de las personas con HTA.
2. El tratamiento insuficiente de las personas con HTA, atribuible a una prescripción subóptima, a la inercia médica o falta de seguimiento y adherencia terapéutica.

POBLACIÓN Y MUESTRA

820 enfermeros/as de hospitales y clínicas de diversas regiones del país.

METODOLOGÍA

Estudio de corte transversal, mediante encuestas dirigidas, durante el período mayo-octubre de 2024.

Se recopilaron datos demográficos y antropométricos autorreferidos, junto con información sobre los factores en estudio.

Se midió la presión arterial (PA) por duplicado utilizando un tensiómetro automático validado.

Se definió HTA como una PA ≥ 140 y/o 90 mmHg en el promedio de ambas mediciones, o el uso de medicación antihipertensiva.

Se calcularon los porcentajes de HTA no diagnosticada, tratada y controlada.

Se evaluaron 5 factores, mediante las siguientes preguntas:

- Cognitivo: ¿cuál es el valor de corte de PA para definir HTA en consultorio?
- Conductual: ¿se midió la PA al menos dos veces en el último año?
- Económico: ¿posee tensiómetro propio en su domicilio?
- Atención médica: ¿tuvo al menos dos consultas médicas en el último año?
- Antecedentes familiares: ¿presenta antecedentes de HTA en uno o ambos padres?

Se empleó regresión logística para analizar la asociación entre el desconocimiento de la HTA y las variables independientes.

El análisis estadístico se realizó mediante prueba de chi cuadrado, con significación establecida en $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra final quedó compuesta por 808 personas; se desestimaron 12 casos por tener datos incompletos. La edad promedio es de 43.9 ± 9.4 años. El 78% (630) son mujeres.

Los datos obtenidos indican:

- El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 28.7 kg/m². La PA sistólica promedio fue de 119.5 ± 16.2 mmHg y la PA diastólica promedio fue de 78.3 ± 10.5 mmHg. La frecuencia cardíaca promedio fue de 75.6 ± 10.8 latidos por minuto.
- Sobre la muestra de 808 participantes, 190 (el 24%) cumplía criterios de HTA. Una prevalencia de HTA acorde al grupo etario y género predominante.
- Del total de hipertensos, un total de 77 (40.5%) desconocía esta condición; 11 (5.7%) se sabían hipertensos pero no se

trataban, 48 (25.3%) estaban tratados, pero no controlados; sólo 54 (28.4%) estaban tratados y controlados.

A partir de estos datos, la muestra fue clasificada en tres grupos:

- personas con HTA no conocida
- personas con HTA conocida
- personas con PA normal

Luego se compararon los 5 factores en estudio en los tres grupos:

1. **Factor cognitivo** (el valor de corte de la PA, para definir HTA en consultorio): sólo el 52% respondió correctamente; no hubo diferencias estadísticamente significativas en los 3 grupos.
2. **Factor conductual** (medición de PA en el último año): el 53% respondió afirmativamente, siendo el grupo de los pacien-

tes con HTA conocida quienes lo hacían más frecuentemente (85%) vs. al grupo de pacientes con HTA no conocida (28.6%) P: <0.05.

3. **Factor económico** (tensiómetro propio en casa): 81% posee uno en su domicilio; no hubo diferencias entre los 3 grupos. La mayoría posee un tensiómetro anerode.
4. **Atención médica** (al menos 2 visitas médicas en el último año): sólo el 19% contestó afirmativamente, siendo el grupo con HTA conocida quienes lo hacían más frecuentemente (86 %) vs. el grupo de HTA no conocida (5%) P: <0.05.
5. **Antecedentes familiares** (antecedente de HTA en uno o ambos padres): el 58% tenían al menos un familiar con antecedente de HTA, sin diferencias estadísticamente significativas en los 3 grupos.

GRÁFICO 1. ANÁLISIS DE POBLACIÓN CON HTA

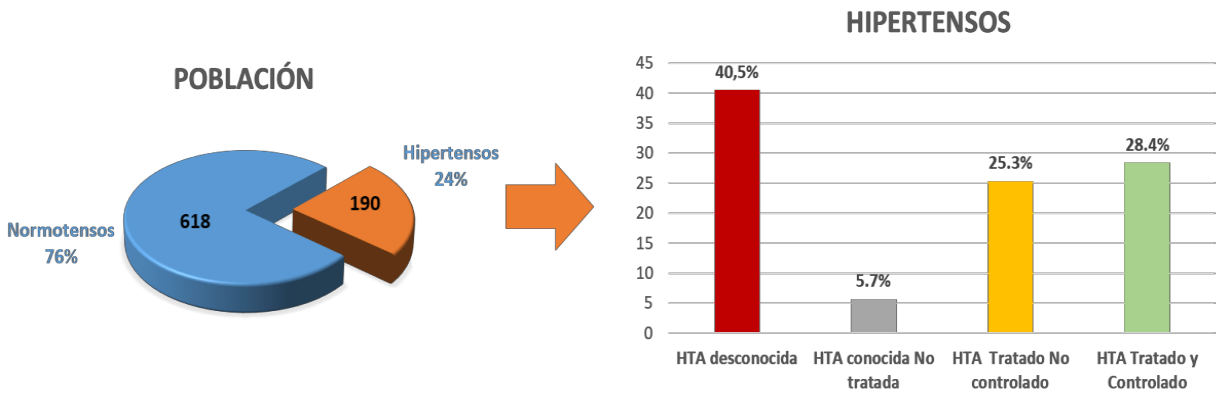
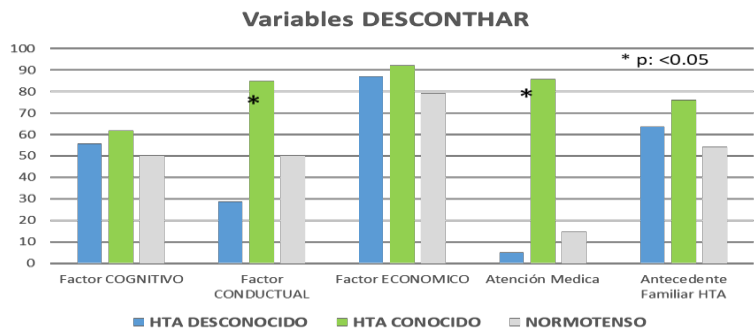


GRÁFICO 2. GRADO DE CONOCIMIENTO

	HTA DESCONOCIDO	HTA CONOCIDO	PA NORMAL	p
n:	77	113	615	
Mujeres/Varones	50/27	73/40	506/109	
Factor COGNITIVO (valor de corte de HTA) (%)	43 (55.8)	70 (61.9)	308 (50)	NS
Factor CONDUCTUAL (se mide habitualmente la PA) (%)	22 (28.6)	96 (85)	309 (50.2)	<0.05
Factor ECONOMICO (tiene tensiómetro) (%)	67 (87)	104 (92)	486 (79)	NS
ATENCIÓN MÉDICA En el último año (%)	4 (5.2)	97 (85.8)	52 (8.4%)	<0.05
Antecedente familiar de HTA (%)	49 (63.6)	86 (76.1)	334 (54.3)	NS

GRÁFICO 3. VARIABLES HTA EN RELACIÓN CON EL GRADO DE CONOCIMIENTO



CONCLUSIÓN

Uno de cada cuatro enfermeros que participaron en este estudio presentó HTA, en concordancia con la edad y género según estudios epidemiológicos previos. El desconocimiento de esta condición fue elevado, lo cual resulta preocupante considerando que se trata de personal de salud: sólo el 50% conoce el valor de corte para definir HTA y más del 50% utiliza un tensiómetro aneroide en su domicilio. La falta de aten-

ción médica regular y la ausencia de conductas saludables como la medición frecuente de la presión arterial son factores clave que podrían justificar el grado de desconocimiento. Estos resultados resaltan la importancia de incorporar personal de Enfermería capacitado, lo cual podría ser la clave para lograr cambios significativos en el manejo y seguimiento de la HTA. Un escenario que interpela direc-

tamente tanto a las instituciones formadoras de Enfermería, como a las áreas de docencia de los efectores de salud para establecer una red colaborativa, continua y sostenible. Nuestro objetivo debe ser mejorar los resultados relacionados con las enfermedades crónicas como la HTA y sus comorbilidades asociadas, principales desafíos de salud en la sociedad.

REFERENCIAS:

1. GBD (2017) Global Burden of Disease Study 2017: Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017. Lancet 2018; 392:1923–1994.

2. Rahimi K, Emdin CA, MacMahon S. (2015) The epidemiology of blood pressure and its worldwide management. Circ Res, 116:925–936.

3. Ministerio de Salud de la Nación (2023) <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad/14-2>

4. Marín MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, Díaz M, Páez O, et al. (2012) Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Rev Argent Cardiol; 80:121–129.

5. Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. et al. (2017) Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Rev Argent Cardiol.

Sobre el impacto de la enseñanza sincrónica virtual en estudiantes de la carrera de Enfermería

Yaneth Bustamante Chuta*
Mariana Paola Guzmán**
Wendolyn Padilla Samame***

INTRODUCCIÓN

La irrupción de la pandemia por COVID-19 forzó una transformación abrupta de los sistemas educativos a nivel mundial, promoviendo la adopción masiva de modalidades virtuales para garantizar la continuidad pedagógica. En el ámbito de la formación en Enfermería (una carrera que se caracteriza por su fuerte componente práctico y presencial) esta transición generó desa-

fíos pedagógicos, emocionales y tecnológicos sin precedentes. La enseñanza sincrónica mediante plataformas digitales se consolidó como el principal recurso de interacción entre docentes y estudiantes, permitiendo sostener los procesos formativos en contextos de aislamiento. Sin embargo, las consecuencias de esta modalidad, especialmente en términos del impacto emocional y académico

en los estudiantes, han sido poco exploradas desde una perspectiva integral.

Este trabajo se propone indagar en dichas implicancias, recuperando experiencias subjetivas que visibilizan los efectos de este escenario en la formación profesional de futuros/as enfermeros/as.

A diferencia de otras profesiones y disciplinas en las cuales la

*Enfermera asistencial

**Enfermera asistencial, Hogar Naval Estella Maris.

***Enfermera domiciliaria.

transición lleva ya algún tiempo, la pandemia declarada en marzo de 2020 obligó a implementar de forma abrupta la educación virtual sincrónica en carreras tradicionalmente presenciales. Esto tuvo un fuerte impacto en lo académico y lo emocional para quienes transitaron su carrera

bajo esta modalidad entre 2020 y 2024. Estudiantes y egresados reconocen una fuerte afectación emocional (ansiedad, frustración, aislamiento), una percepción de formación académica incompleta y desigualdades en el acceso a recursos tecnológicos. Las condiciones socioeconómicas y la

pérdida de las prácticas clínicas presenciales influyeron negativamente en su experiencia formativa. Esto evidencia la necesidad de repensar las estrategias de enseñanza virtual en carreras con alta carga práctica, que puedan integrar el bienestar emocional y social del estudiantado.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Con el propósito de examinar cómo afectó la modalidad virtual al rendimiento académico y de explorar las repercusiones emocionales que experimentaron los estudiantes en ese contexto, se toma como punto de partida un caso de estudio situado. Se realizan entrevistas abiertas a estudiantes activos y egresados de instituciones privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cursaron en modalidad sincrónica

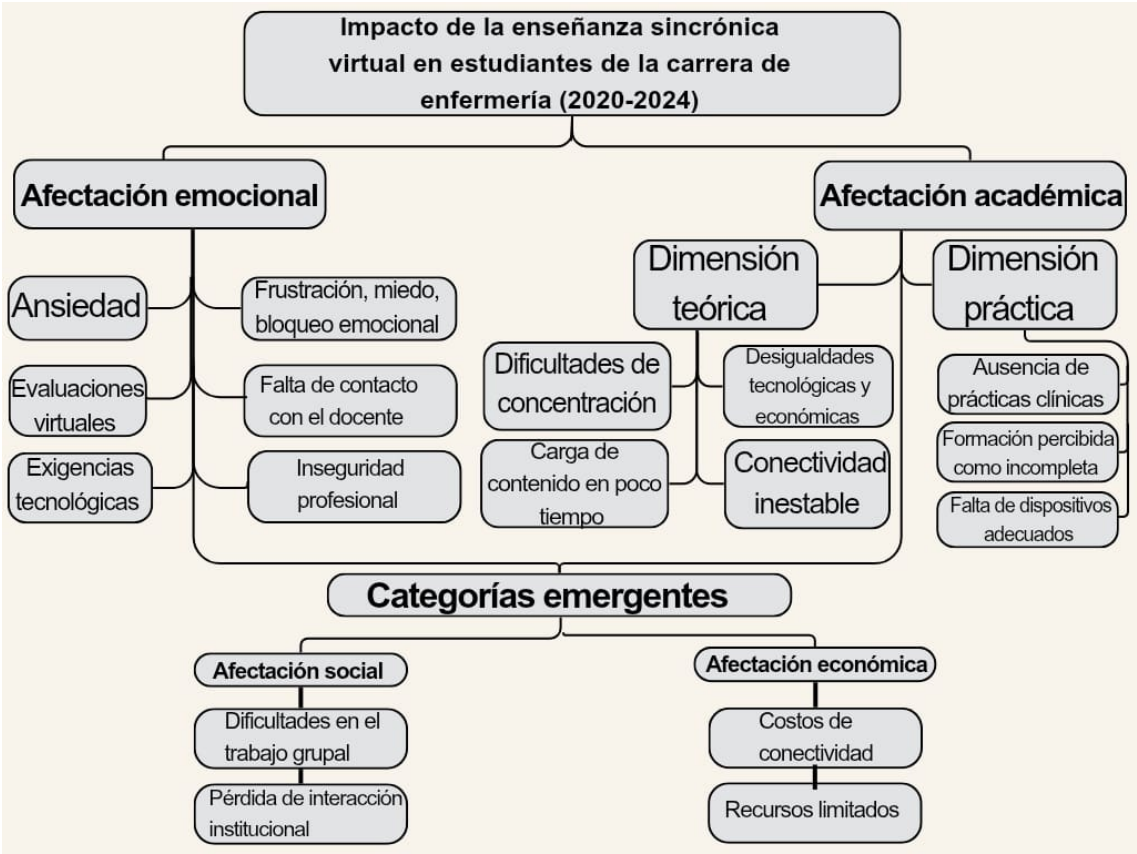
ca virtual entre 2020 y 2024. El total de participantes, entre estudiantes y egresados, de entre 23 y 46 años, cursaron de forma sincrónica en pandemia.

El análisis de caso revela dificultades que pueden reconocerse en otras trayectorias formativas profesionales pero que en Enfermería adquieren características particulares (ver gráfico).

El análisis reveló un impacto emocional considerable: seis de los once entrevistados reportaron ansiedad, miedo o frustración, especialmente ante evaluaciones virtuales. Además, la mayoría manifestó una sensación de formación académica incompleta, producto de la falta de prácticas clínicas presenciales, lo que también generó inseguridad respecto a su inserción laboral.

También se identificaron diferencias generacionales en la adaptación tecnológica: estudiantes más jóvenes manifestaron mayor facilidad para manejar herramientas digitales, mientras que los mayores refirieron bloqueos emocionales y dificultades técnicas. En cuanto al impacto económico, se registraron limitaciones en el acceso a dispositivos adecuados y conectividad, lo que dificultó la

participación activa y aumentó el estrés. Desde lo social, se destacó una pérdida del sentido de pertenencia institucional, dificultades en el trabajo en equipo y aislamiento. No obstante ello, algunos casos reflejaron experiencias positivas, destacando la comodidad del entorno doméstico y el desarrollo de autonomía.



CONCLUSIÓN

Durante el período estudiado (2020-2024) se observa que la enseñanza sincrónica mediante plataformas digitales tuvo un impacto considerable en los aspectos académicos y emocionales de los estudiantes. El análisis de dicha influencia muestra que fue mayormente negativa en cuanto al rendimiento académico y repercutió en el bienestar emocional de los estudiantes, debido a la falta de prácticas clínicas presenciales, al aislamiento social, así

como a las desigualdades tecnológicas y económicas. La virtualidad sincrónica impactó de forma significativa y multidimensional; siendo la afectación emocional un factor condicionante del rendimiento académico. Por un lado, la falta de prácticas clínicas presenciales representó una pérdida pedagógica sustancial, asociada a la inseguridad profesional. Por otro, las condiciones socioeconómicas y tecnológicas profundizaron las desigualda-

des en el acceso al aprendizaje, generando exclusión y desgaste emocional. Asimismo, se debilitó el entramado social institucional, afectando la experiencia educativa desde una perspectiva integral. Estos hallazgos permiten reflexionar sobre la necesidad de repensar las estrategias de enseñanza virtual en carreras con alta carga práctica y de incorporar políticas institucionales que contemplen tanto la dimensión técnica como el bienestar emocional y social del estudiantado.

REFERENCIAS

1. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Springer.
2. Marchesi, A. (2003). *La calidad de la educación en debate*. Editorial SM.
3. Muñoz, M. y Rojas, S. (2022) *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 19(2), 45-56.
4. UNESCO. (2020). *La educación en un mundo post-COVID*.
5. Vera, A. y Ferreyra, M. (2022) *Revista Argentina de Educación en Enfermería*, 10(1), 25-39.



CONGRESO BRISA DE ENFERMERÍA
IX EDICIÓN - LATINOAMÉRICA
2025

IX CONGRESO BRISA DE ENFERMERÍA

Modalidad online

Nuestro lema:
"Cultura de cuidado,
futuro de enfermería:
conocimiento que
transforma".

**¡Inscripciones
abiertas!**

INSCRIBIRSE

Fecha:
30 y 31
de octubre

Autocuidado y fragilidad en personas mayores

Jorge Cornelio Colque*
Rosa Emilia Romero**
José Luis Pérez Caihuara***
Soledad M. E. Yapura****

Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta

INTRODUCCIÓN

Los datos de la Organización Mundial de la Salud indican que la población de personas mayores de 60 años continúa en aumento en todo el mundo, lo que ocasiona mayor demandas sanitarias, principalmente por la situación de dependencia y fragilidad de este grupo etéreo.

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza desde la concepción y ocasiona cambios característicos en las personas durante todo el ciclo de vida (Alvarado-García y Salazar-Maya, 2014).

Los estilos de vida no saludables y el déficit de autocuidado son algunos de los factores de mayor peso que afectan a las personas

en el proceso de envejecimiento, provocando alteraciones a nivel de la salud, como la fragilidad, un estado fisiológico de mayor vulnerabilidad a los factores de estrés, y resulta de la disminución de reservas fisiológicas (Pons Raventos et al., 2016).

En la actualidad se trata de un tema de gran relevancia, considerando que la salud de las personas mayores se mide “en términos de función y no de enfermedad, dado que determina la expectativa de vida” (Osorio, 2011).

La actuación oportuna desde la atención primaria de la salud contribuye a mejorar la calidad de vida de este grupo, permite

reducir los costos de cuidado, optimizar la calidad-eficiencia de la atención y prevenir las complicaciones secundarias vinculadas a la fragilidad (Acosta-Benito y Martín-Lesende, 2022).

En ese sentido, el profesional de Enfermería, por su acompañamiento de las personas en el proceso de envejecimiento, ocupa un rol fundamental en la detección de la fragilidad y el nivel de autocuidado, pudiendo recabar datos fundamentales para planificar y ejecutar intervenciones eficaces y oportunas que aseguren una mejor calidad de vida de las personas mayores.

*Licenciado en Enfermería. Enfermero asistencial en el Servicio Penitenciario de Salta. Salta Capital. Argentina.

**Licenciada en Enfermería. Integrante del proyecto de investigación CIUNSA-2942 (2024-2027): Fragilidad y sarcopenia en personas mayores no institucionalizadas de la Provincia de Salta. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.

***Licenciado en Enfermería. Docente Universitario. Integrante del proyecto de investigación CIUNSA-2942 (2024-2027): Fragilidad y sarcopenia en personas mayores no institucionalizadas de la Provincia de Salta. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.

****Licenciada en Nutrición, Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud, con mención en Nutrición. Docente Universitaria. Directora del proyecto de investigación CIUNSA-2942 (2024-2027): Fragilidad y sarcopenia en personas mayores no institucionalizadas de la Provincia de Salta. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.



DEFINICIONES Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA

Se entiende por *autocuidado* toda acción individual que realiza el individuo en pos de su bienestar. Por *fragilidad*, un estado asociado al envejecimiento, caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica.

Los cambios que ocurren en el envejecimiento son numerosos, abarcan tanto los biológicos como los psicológicos y sociales, que varían entre una persona y otra (Rodota y Castro, 2014). A

nivel biológico, uno de los cambios consiste en la vulnerabilidad del organismo, lo que aumenta el riesgo de padecer alteraciones de salud, como la fragilidad.

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida de peso, el cansancio, la debilidad, la marcha lenta y la disminución de la actividad física (Carrillo Esper, 2011). Los principales factores de riesgo para desarrollarla son: sociodemográficos, fisiológicos, comorbilidad,

estilo de vida, discapacidad. De allí el lugar fundamental del autocuidado que cada persona pone en práctica a lo largo de la vida para mejorar su estado de salud.

En nuestro país, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), las proyecciones realizadas en relación a la población para el año 2040 es de 52.758.477, de las cuales el 21% serán personas mayores. En la

Provincia de Salta, sobre una proyección estimada de 1.728.163 de habitantes, el 18% serán personas mayores (INDEC, 2022).

Dado el sostenido incremento de esta población, los centros de jubilados y pensionados (CJyP) resultan espacios que contribuyen

al fortalecimiento y bienestar integral de las personas mayores, promueven el intercambio de vivencias y experiencias enriquecedoras entre pares, motivo por el cual son espacios estratégicos para detectarlos.

Estos espacios, además, son un ámbito privilegiado para el despliegue de estrategias de salud (realización de controles, educación y formación de la población) en las cuales Enfermería desempeña un rol clave.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

En el marco mayor del proyecto de investigación CIUNSA-2942 (2024-2027) sobre fragilidad y sarcopenia en personas mayores no institucionalizadas, con sede en la provincia de Salta, este primer avance muestra los resultados del relevamiento llevado a cabo en el CJyP “María del Rosario” en Salta Capital, durante septiembre de 2024.

OBJETIVOS:

- Detectar el grado de fragilidad de las personas mayores.
- Identificar el nivel de autocuidado de las personas mayores.
- Comparar el nivel de autocuidado según grado de fragilidad en las personas mayores.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Sobre un total de 70 afiliados al CJyP “María del Rosario”, se seleccionó a 51 personas mayores por muestreo consecutivo, utilizando como criterio de inclusión que fueran mayores de 60 años, autoválidas, que no presentan problemas neuropsicológicos, y que dieran su consentimiento para participar de la investigación.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Técnica empleada: encuesta.

Instrumento utilizado: cuestionario estructurado, conformado por tres partes:

- características sociodemográficas
- determinación del grado de fragilidad según escala de FRAIL
- identificación del nivel de autocuidado según test CYPAC-AM

La investigación se basó en valores éticos fundados en el respeto por la dignidad de las personas, el bienestar y la integridad física y mental de quienes participaron en ella.

RESULTADOS

La edad promedio es de 60-70 años (57%), en menor proporción de 81 años (8%) o más. En la distribución por género, el 90% son mujeres. El 45% completaron el nivel primario, 31% el secundario, 22% el superior. El 82% vive con familiares. El 10% de las personas mayores

califica como *frágil* (GRÁFICO 1), siendo los dominios más alterados: fatiga (20%), resistencia (29%), pérdida de peso (24%). En cuanto al nivel de autocuidado más acentuado (GRÁFICO 2) es el *parcialmente adecuado* (53%). Al comparar el nivel de autocuidado y el grado de fragilidad (GRÁFICO 3) se identificó que

- personas mayores frágiles: presentaban 60% autocuidado parcialmente adecuado.
- personas mayores pre-frágiles: 64% autocuidado parcialmente adecuado
- personas mayores no frágiles: 42% autocuidado parcialmente adecuado

GRÁFICO 1.
GRADO DE FRAGILIDAD.

Centro de Jubilados y Pensionados María del Rosario, Salta Capital. Septiembre 2024.

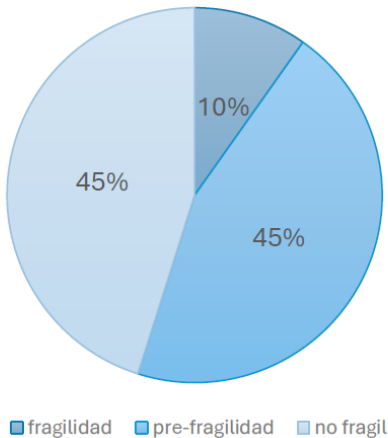


GRÁFICO 2.
NIVEL DE AUTOCUIDADO.

Centro de Jubilados y Pensionados María del Rosario, Salta Capital. Septiembre 2024.

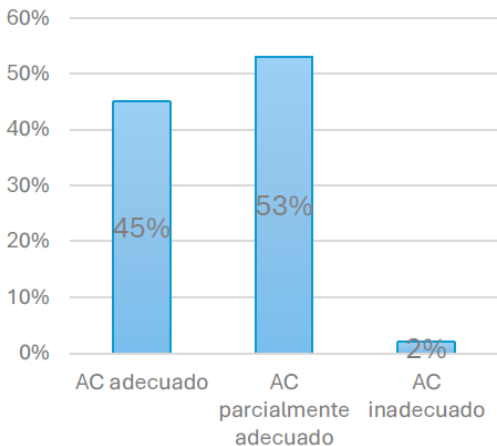
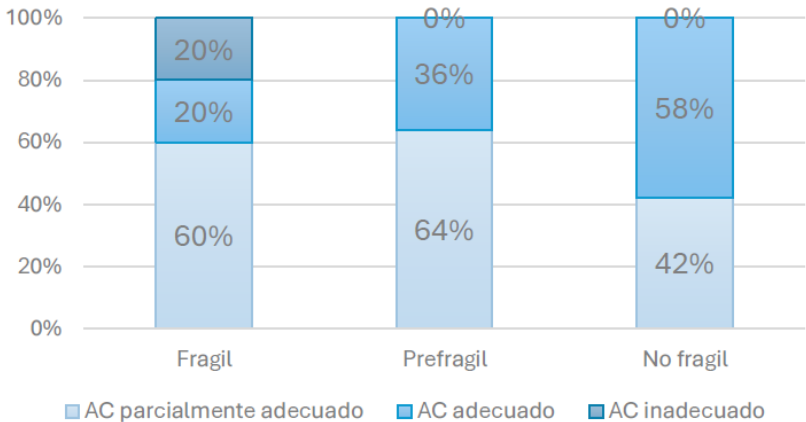


GRÁFICO 3.
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE AC EN PM NO FRÁGIL, PRE-FRÁGIL Y FRÁGIL.

Centro de Jubilados y Pensionados María del Rosario, Salta Capital. Septiembre 2024.



CONCLUSIONES

El análisis de los resultados demuestra la importancia y la necesidad del rol de Enfermería en el abordaje multidisciplinario, tanto para la valoración integral de las personas mayores como para la planificación eficaz de las intervenciones (fundamentalmente de apoyo educativo) y su posterior evaluación.

Dichas intervenciones están destinadas a prevenir las condiciones de fragilidad y potenciar el autocuidado, favoreciendo así mayores beneficios en la salud, seguridad y mejor calidad de vida a esta población.

El acompañamiento profesional de Enfermería contribuye al en-

vejecimiento activo y saludable de un sector poblacional en aumento. Se recomienda, por ello, continuar con las líneas de investigación enfocadas en la fragilidad y el autocuidado en los espacios que congreguen a nivel local y nacional.

REFERENCIAS

1. Acosta-Benito, M. Á. y Martín-Lesende, I. (2022) "Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar". *Atención primaria*, 54(9). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722001159>
2. Alvarado-García, A. y Salazar-Maya, A. (2014) "Análisis del concepto de envejecimiento". *GEROKOMOS*, 25(2): 57-62. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
3. Carrillo-Esper, R. (2011) "Fragilidad y sarcopenia". *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(5): 12-21. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/fac-med/v54n5/v54n5a3.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (2022). Datos Censo 2022. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
5. Osorio, M. (2011) *La salud de los adultos mayores Una visión compartida*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
6. Pons-Raventos M., Rebollo-Rubio, A. y Jiménez Ternero, J. (2016) "Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla?". *Enfermería nefrológica*, 19(2): 170-173. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4115>
7. Rodota L. y Castro, M. (2014) *Nutrición y Dietoterapia*. Editorial Médica Panamericana.

El impacto del trabajo nocturno en la salud de profesionales de Enfermería

Laura C. E. BELLINI* (directora)
Silvia E. ARBELLO** (codirectora)
INVESTIGADORES*** Antonella B. Álvarez,
Agustín C. Amaya, Valentina Cerrutti,
Macarena Gómez, Juliana B. González,
Daiana Hanrriquez, Adrián Herrera,
Ivana Jara, Belén Medina, Eber F. Molina,
Raúl Pérez, Patricia Rodríguez,
Evelin Rogulotto, Estefanía Spilier,
Cristina Spinelli, Laura Verón

INTRODUCCIÓN

Diversas investigaciones acerca de los efectos del trabajo nocturno en la salud dan cuenta de que los mismos abarcan aspectos físicos, mentales y emocionales, con lo cual su incidencia se observa en factores como la alteración en los patrones de sueño, en los hábitos alimenticios, el aumento del estrés, la dificultad para sostener las cargas de trabajo, así como las condiciones laborales en general.

En el ámbito de la salud, el trabajo nocturno alcanza a un número significativo de profesionales de Enfermería. La franja horaria que se desarrolla entre las 22:00 y las 06:00 horas impone desafíos únicos, en comparación con otros turnos, para la salud física y mental de los trabajadores. De allí la importancia de realizar estudios focalizados en este sector.

La salud mental de los profe-

sionales sanitarios es una problemática de creciente interés a nivel global (Monteiro, Mendes, & Colomé, 2019). En el contexto argentino, el personal de Enfermería se enfrenta a factores de riesgo específicos que deterioran su bienestar. La sobrecarga laboral ha sido identificada como un elemento clave que impacta negativamente en la satisfacción del personal en hospitales públicos

*Magister en Metodología de la Investigación Científica, Profesora Universitaria y Licenciada en Enfermería. Se desempeña como Coordinadora TSE de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, HIEN Dr. Domingo Cabred (Provincia de Buenos Aires).

**Profesora Universitaria y Licenciada en Enfermería. Se desempeña como docente TSE de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, HIEN Dr. Domingo Cabred Provincia de Buenos Aires).

***Estudiantes de la Tecnicatura Superior en Enfermería de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, HIEN Dr. Domingo Cabred (Provincia de Buenos Aires).

(Martínez, Heredia, Garay, 2022). A esto se suma la exposición a la violencia en el trabajo, un fenómeno prevalente en el sector salud que agrava las condiciones de estrés (Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2020).

Los resultados presentados en este estudio ponen de manifiesto que el trabajo nocturno de Enfermería repercute de manera similar a otros casos y a la vez con particularidades. Por un lado, se detectan problemas comunes relacionados con el sueño, incluyendo dificultades para conciliar el sueño y una reducción en las horas de descanso,

lo que puede llevar a la fatiga y afectar la capacidad para realizar sus tareas de manera efectiva; una tendencia hacia patrones de alimentación poco saludables, caracterizados por un bajo consumo de vegetales y un alto consumo de comidas rápidas, lo que puede tener consecuencias a largo plazo para la salud física.

Por otro lado, el trabajo nocturno se asocia con una serie de problemáticas que no se limitan a la salud de los enfermeros (trastornos del sueño, alteraciones metabólicas, problemas gastrointestinales, estrés y un mayor riesgo de acci-

identes) sino a las condiciones laborales durante la noche, como la falta de personal, la sobrecarga de trabajo, la exposición a situaciones de violencia.

Una mirada más amplia sobre cómo afectan el trabajo nocturno a la salud de los enfermeros señala la necesidad de implementar intervenciones integrales para mitigar los efectos adversos del trabajo nocturno, no sólo promoviendo hábitos de sueño y alimentación saludables, sino también mejorando las condiciones laborales para proteger la integridad de los profesionales.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

OBJETIVOS

- Identificar los factores estresantes asociados al trabajo nocturno.
- Describir los hábitos alimenticios de los enfermeros que trabajan en el turno de noche.
- Evaluar la prevalencia de enfermedades y alteraciones de la salud en esta población.
- Analizar las condiciones laborales durante el turno nocturno, incluyendo la carga de trabajo, la violencia laboral y el apoyo institucional.
- Determinar el impacto del trabajo nocturno en el equilibrio entre la vida laboral y personal de los enfermeros.

METODOLOGÍA

- Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal.
- Los datos analizados corresponden al período abril 2024 – abril 2025.
- El instrumento de recolección es una encuesta, con preguntas abiertas y cerradas, en formato digital, con previo consentimiento informado y utilización de un muestreo no probabilístico, causal o accidental.

POBLACIÓN Y MUESTRA

- 60 enfermeros que trabajan en el turno noche de instituciones hospitalarias públicas de la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS

Se identificaron altos niveles de estrés laboral, sobrecarga de trabajo, falta de apoyo institucional y dificultades para conciliar el sueño. Además, se observó una alta prevalencia de patrones de alimentación poco saludables, con bajo consumo de vegetales y alto consumo de comidas rápidas. El 70% del personal refirió sentir que su carga horaria es excesiva; asimismo, se reportaron situaciones de violencia laboral, las

cuales no fueron abordadas por las instituciones. Si bien un alto porcentaje (61.9%) tiene la posibilidad de cambiar de turno, el 57.1% refiere que no pide el cambio por necesidad o conveniencia. En relación a ello, es de destacar que el 57.1% se encuentra en condición de contratado. Con respecto al tiempo que le dedica a su familia, el 47.6% refiere que es frecuente y el 52,4% poco frecuente.

Los resultados de esta investigación corroboran el hecho de que el trabajo nocturno se asocia con altos niveles de estrés laboral, dificultades para equilibrar el trabajo con la vida personal y social, así como una percepción de falta de apoyo tanto de la institución como, en algunos casos, de los superiores. En tal sentido, un 60% manifiesta la necesidad de buscar apoyo psicológico para lidiar con el estrés asociado con sus responsabilidades.

GRÁFICO 1

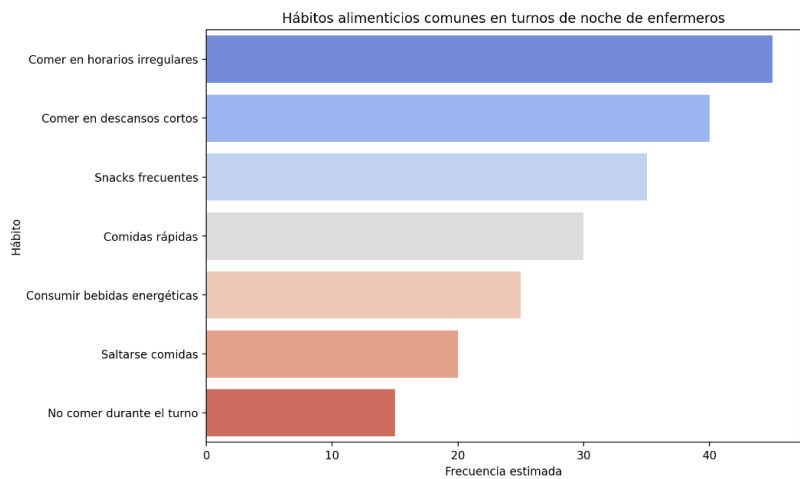
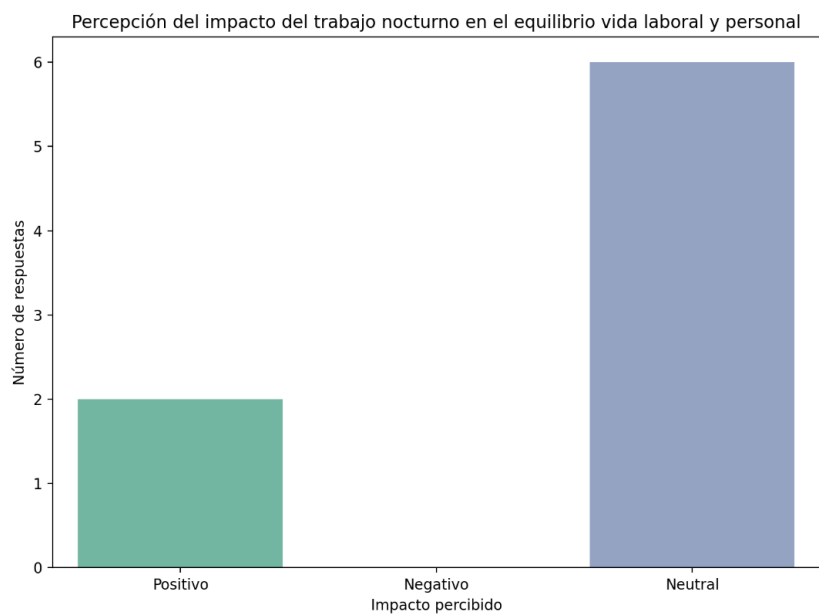


GRÁFICO 2.



CONCLUSIÓN

El trabajo nocturno representa un desafío para la salud y el bienestar de los enfermeros. La alta prevalencia de trastornos del sueño, estrés laboral, sobrecarga de trabajo y patrones de alimentación poco saludables son factores que, sumados a las demandas propias de Enfermería, afectan negativamente la calidad de vida de los profesionales.

Además de la afectación negativa en la salud física y mental (alteraciones en el ritmo circadiano, aumentando el riesgo de enfermedades, estrés, ansiedad, depresión) se resienten la vida emocional y vincular: la concentración, la memoria, la participación en actividades sociales, el sentido de propósito.

Es fundamental implementar estrategias integrales que aborden estos problemas, incluyendo la promoción de hábitos de sueño saludables, apoyo psicológico, mejora de las condiciones laborales y la implementación de políticas que permitan un adecuado equilibrio entre la vida laboral y personal.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Martínez, M. E., Heredia, R. M., & Garay, S. E. (2022). Sobrecarga laboral y satisfacción del personal de enfermería en un hospital público de Buenos Aires, Argentina. *Revista INFODIR*, (37). Recuperado de <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1226>
2. Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Colomé, C. L. (019). Salud mental de los profesionales de la salud. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(4), 283-293. <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/D4nKDnKf74HXQnBDsNJ9sbn/?format=pdf&lang=en>
3. Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). (2020). La violencia en el trabajo: un acercamiento al problema desde la encuesta de salud y trabajo de Argentina - 2018. Gerencia de Comunicación y Relaciones Institucionales. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/violencia_laboral_281220.pdf

XXIX JORNADA DE ENFERMERÍA

TRANSFORMANDO LA ENFERMERÍA:
NUEVAS PERSPECTIVAS Y PRÁCTICAS

Martes 11 y miércoles 12 de noviembre
de 8.30 a 13 hs

DÍA 1

Jornada de
**Enfermería en
Adultos**



DÍA 2

Jornada de
**Enfermería Neonatal
y pediátrica**



Inscribite acá

Modalidad **virtual**.

Evento **gratuito** con inscripción previa.

Se enviarán **certificados de asistencia**.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN:
alejandrafuente@adecra.org.ar

Aportes de las habilidades interpersonales para mejorar el trabajo interdisciplinario en salud

Verónica Meza*

INTRODUCCIÓN

La interdisciplina puede considerarse tanto como un momento dentro del proceso de atención, así como un enfoque dirigido a definir de manera adecuada las problemáticas de la salud; estas interpretaciones no son excluyentes y permiten “interiorizar la perspectiva de la alteridad profesional” (de Lellis y Fotia, 2019, p.189). Sin embargo, para que un conjunto de profesionales actúe bajo el auténtico paradigma interdisciplinar debería comunicarse de manera eficaz, compartir una metodología de trabajo y

operar al unísono para el logro de sus metas, creando vínculos basados en la colaboración, no solo para planificar sino también para la puesta en funcionamiento del plan de tratamiento y cuidado de los pacientes. Las competencias mencionadas pertenecen al ámbito de las habilidades interpersonales cuyo aprendizaje con frecuencia se desestima en favor de la capacitación exclusiva en habilidades cognitivas y técnicas. Con el objetivo de visibilizar la necesidad de incluir los aportes de las habilidades interperso-

nales como parte integral de la formación del personal sanitario, se propone el siguiente recorrido. En primer lugar, se aborda el concepto de interdisciplina relacionado con el cambio paradigmático de atención de la salud. A continuación, se expone de manera general la conceptualización de las habilidades interpersonales, para luego desarrollar cuatro habilidades consideradas primordiales para el quehacer interdisciplinario en el ámbito sanitario: trabajo en equipo, comunicación asertiva, negociación y empatía.

*Licenciada en Psicología (UBA). Especialización en Psicoterapia de adultos con orientación sistémica-cognitivo-conductual (Instituto Gregory Bateson). Profesora de Enseñanza Media y Superior en Psicología (UBA). Docente en: Universidad de Buenos Aires, Universidad de la Marina Mercante y Universidad Católica de Santiago del Estero. Maestranda en Docencia Universitaria (UBA). Miembro del Comité PNIE de AAIBA.

LA INTERDISCIPLINA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Morin (1994) sostiene que “la disciplina es una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico; ella instituye allí la división y la especialización del trabajo y ella responde a la diversidad de los dominios que recubren las ciencias” (p.9). Según el autor, las disciplinas tienden a la autonomía en virtud de la demarcación de sus límites, el vocabulario específico, las técnicas que diseñan o emplean, y las teorías propias. Gracias a los aportes de la modernidad, el paradigma disciplinar se constituye en el siglo XIX a partir de la configuración de las universidades europeas, donde se erigió como científicas sobre todo a las disciplinas enmarcadas dentro del paradigma positivista. La fragmentación en aumento del conocimiento científico especializado dio lugar a dificultades para integrar los saberes obtenidos y la posterior crisis del paradigma mecanicista puso en evidencia los obstáculos para responder a los requerimientos de interconexión de saberes científicos y resolución de problemas concretos de la sociedad (de Lellis y Fotia, 2019).

La interdisciplina, de acuerdo con de Lellis y Fotia (2019) surge como una tentativa de superación de los límites acotados que las disciplinas aplican al análisis restrictivo de su objeto de estudio, desde un enfoque basado en el positivismo. La propuesta de esta perspectiva radica en trascender las miradas disciplinares parciales con el objetivo de conformar un espacio de intercambio de saberes que reconozca su vinculación, al tiempo que respeta los conocimientos propios de cada una. Para Falatoonzadeh (2012) la interdisciplinariedad permite a las ciencias permanecer simultáneamente como disciplinas autónomas e integradas, mientras la comunicación de los conocimientos contribuye al desarrollo de perspectivas y habilidades nuevas.

Los aportes actuales de la Organización Mundial de la Salud reflejan una mirada holística y renovadora en tanto se estima la salud como un fenómeno que, además de involucrar variables somáticas y psicológicas, abarca la dimensión social. Por lo tanto “la salud se considera así como

un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurran diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí” (Alcántara Moreno, 2008, p.100). Ramos Domínguez (2006, citado por Alcántara Moreno, 2008) señala que de esta manera se supera el paradigma biologicista que consideraba a la salud como un hecho individual, lo que reforzaba el paradigma curativista de la medicina. De acuerdo con Leff (1994, citado por Alcántara Moreno, 2008) la salud es “un objeto de conocimiento complejo, que ha perdido la susceptibilidad de ser explicado eficientemente desde una perspectiva disciplinaria reduccionista y fragmentada, motivado a su multidimensionalidad” (p.102). Como es evidente, diversos autores sostienen la idea de la necesidad del enfuerzo interdisciplinario para un abordaje integral de la salud de las personas, acorde con el paradigma de la complejidad actual.

CARACTERIZACIÓN DE LAS HABILIDADES INTERPERSONALES

La caracterización de las habilidades interpersonales no está exenta de dificultades, la primera de ellas reside en la falta de acuerdo en torno a su denominación. Según los autores, pueden llamarse

habilidades sociales, habilidades de interacción social, habilidades de relación interpersonal, destrezas sociales, habilidades o competencias blandas, conducta interactiva o socio-interactiva

o intercambio social, entre otras (Moreu Salazar, 2014). Si bien los términos suelen equipararse, presentan diferencias conceptuales entre sí, con respecto a las variables que involucran y las

funciones o intenciones que las guían. En ese sentido, León Rubio et al. (2008) señalan que un primer acercamiento al concepto de habilidades interpersonales da cuenta de su amplitud, ya que se ha empleado para describir sentimientos, actitudes, pensamientos y el diverso repertorio de conductas que se despliegan al interactuar con otros a nivel interpersonal.

La falta de una definición única de las habilidades interpersonales y de los elementos que abarcan se relaciona con la imposibilidad de identificar conductas competentes o correctas de alcance universal, ya que estas habilidades se actualizan según el contexto sociocultural, las características individuales y las demandas de la situación específica (León Rubio et al., 1998). Meichenbaum et al. (1981, citados por Caballo, 2007)

sostienen que los patrones de interacción varían no solo entre culturas, sino dentro de la misma cultura y se ven afectados por la edad, el género, la pertenencia socioeconómica y el nivel educativo. No obstante, existe acuerdo sobre que las habilidades interpersonales son conductas indispensables para interactuar y relacionarse con otros de manera efectiva y mutuamente satisfactoria. Otro aspecto relevante se refiere al uso del plural *habilidades*, lo que enfatiza la complejidad y multiplicidad de las respuestas posibles de ser reforzadas o mediadas socialmente, pertinentes para mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal.

León Rubio et al. (1998) mencionan requisitos comunes de un conjunto de respuestas para que sean consideradas como habili-

dades sociales, entre los que se destacan:

- a) implicar capacidades de actuación adquiridas que se manifiestan en situaciones de interacción social;
- b) estar orientadas a la obtención de objetivos o refuerzos, materiales o sociales (entorno), o de autorrefuerzo (personales);
- c) los individuos deben adecuar su conducta en función de sus metas y de los requerimientos de la situación;
- d) combinar adecuadamente componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos.

Para Guerra Báez (2019) el concepto de habilidades blandas es homologable al de habilidades para la vida diaria propuesto por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, que las define como

un conjunto de habilidades de carácter socioafectivo necesarias para la interacción con otros y que permiten hacer frente a exigencias y situaciones desafiantes cotidianas, es decir, que estas le permiten a la persona tomar decisiones, resolver problemas, pensar de manera crítica y creativa, comunicarse de manera efectiva, reconocer las emociones de otros y construir relaciones saludables a nivel físico y emocional (p.1).

Guerra Báez (2019), diferencia las habilidades sociales del concepto de habilidades blandas, pues considera que las últimas, además de comprender a las primeras, incluyen habilidades para el aprendizaje, el análisis, la gestión del

tiempo y la innovación -aspectos que trascienden la interacción con otras personas-. La autora establece asimismo que las habilidades para la vida pueden clasificarse en: habilidades cognitivas, habilidades de control emocional

y habilidades interpersonales; las mencionadas en último término abarcan habilidades para la comunicación asertiva, negociación, confianza, cooperación y empatía.

HABILIDADES INTERPERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

1 TRABAJO EN EQUIPO

De acuerdo con De la Revilla (1992, citado por Otero et al., 2015) el equipo de salud puede definirse como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que desempeñan diversas actividades dirigidas al logro de una mejora de la salud comunitaria. Por consiguiente, los servicios de atención en salud que funcionen bajo la modalidad de equipo tienden a la colaboración interdisciplinaria entre profesionales. Gracias al trabajo en equipo se logra aumentar la coordinación de las prácticas de sus integrantes, y se evita la utilización incorrecta de sus recursos.

Según Katzenbach y Smith (1996, citados por Czikk, 2006; 2005, citados por Otero et al., 2015) un equipo se define como un conjunto reducido de personas que presentan habilidades complementarias, están comprometidas con un propósito, objetivos de desempeño y adoptan un enfoque común de trabajo para el que se hallan mutuamente implicados. Con respecto a las habilidades complementarias, los autores mencionan tres clases que deberían reflejarse en los integrantes del equipo: técnicas, relacionadas con el dominio de la disciplina y su metodología específica; interpersonales,

orientadas a favorecer la conexión positiva entre las personas; y las competencias relacionadas con la resolución de problemas y la toma de decisiones. Otero et al. (2015) aportan otra acepción de la palabra equipo que se refiere a una máquina en la que las piezas que la componen deben funcionar de manera coordinada para cumplir con la función para la cual fue creada. Esto refleja tanto la búsqueda de logros por parte de los equipos como el requisito de eficacia y eficiencia en la tarea. Daft (2006) define al equipo como “una unidad de dos o más personas que interactúan y coordinan su trabajo con un propósito de alcanzar una meta o un objetivo compartidos” (p. 393). El concepto de trabajo en equipo, según Daft (2006) evidencia un cambio significativo en la forma de organizar el trabajo, ya que, para que un conjunto de personas actúe como un verdadero equipo, es necesario disipar necesidades y deseos personales, y orientar conocimientos, habilidades y esfuerzos en pos de lograr una meta común. Las organizaciones actuales pueden incluir tres tipos de equipos: a) funcional: que integra la jerarquía vertical tradicional, con-

formado por un supervisor y sus subordinados, agrupa a las personas por actividad, y su funcionamiento está centrado en el líder; b) interfuncional: compuesto por miembros de diferentes departamentos de la organización, en el que el líder renuncia a parte de su poder, y los integrantes se nuclean con el propósito específico de resolver problemas; y c) auto-dirigido: de funcionamiento autónomo, centrado en los miembros, de carácter permanente o temporal, incluye trabajadores con habilidades y funciones diferentes, las que combinadas alcanzan para desempeñar tareas importantes para la institución; en este caso la toma de decisiones está descentralizada.

Asimismo, para que un equipo se considere de alto desempeño se requieren de liderazgo, propósitos y responsabilidad compartidos por todos sus integrantes, interactuando en igualdad, ya que “en los buenos equipos no hay ‘estrellas’ individuales y todo el mundo sublima su ego individual para el bien de todos” (Daft, 2006, p. 394). Según Czikk (1999) un equipo de alto desempeño demanda

la existencia previa de un grupo articulado emocionalmente, con una noción de “Nosotros” que supere al Yo de cada miembro, en el que se dé la base necesaria de confianza y credibilidad recíproca. Sin esa base, el equipo no emerge y no deja de ser un pseudo equipo, o a lo sumo, un grupo que realiza trabajos de forma eficiente. (p.4).

En la misma línea de pensamiento, van der Hofstadt Román et al. (2006) remarcan que no existe el equipo si los integrantes carecen de la identidad o conciencia de grupo que potencia el compromiso y la implicación mutuos, es por lo que muchas instituciones promueven esta cultura para que los profesionales que allí traba-

jan se apropien de los objetivos y métodos de la organización. Esta postura es relevante en la medida en que el logro final resulta en un nivel de desempeño mayor que la simple suma de los aportes individuales, es decir que “la actividad de un equipo de trabajo eficaz produce un resultado que excede la contribución de cualquier

miembro tomado individualmente y la suma de todos ellos, esto es lo que se conoce como sinergia” (p.129).

Para finalizar, cabe señalar las habilidades vinculadas con el trabajo en equipo que propone Mira Solves (2006, p.329), que consisten en saber definir o saber lograr:

Objetivos y tareas comprendidas por todos. Compromiso de todos con los objetivos del equipo. Comunicación abierta, precisa y eficaz de ideas y sentimientos. Confianza, aceptación y apoyo entre los miembros del equipo. Saber aprovechar las capacidades, conocimientos, experiencia y habilidades de cada uno. Distribuir equitativamente las tareas y responsabilidades. Afrontar con serenidad los posibles conflictos que surjan por efecto de la interacción entre las personas del equipo. Tener reglas claras para tomar decisiones. Aprender entre todos a solucionar problemas.

2 COMUNICACIÓN ASERTIVA

Como ya se ha mencionado, el trabajo en equipo en la práctica sanitaria destaca la tarea conjunta más que las actividades individualizadas. No obstante, con frecuencia se observa que los integrantes de equipos asistenciales se comunican exclusivamente con otros profesionales del mismo nivel jerárquico y no se verifica una auténtica comunicación interdisciplinar, algo fundamental para la atención de los usuarios.

En las organizaciones se identifican canales formales e informales de comunicación interna. Los canales informales se construyen en torno al contacto espontáneo, derivan de relaciones de atracción, amistad, afinidad o simpatía, y buscan satisfacer necesidades

tanto personales como profesionales. Los canales formales están representados por el organigrama de la institución, que visualiza la jerarquía prescrita de relaciones de poder e incluye niveles y divisiones, responsabilidades y descripciones de las tareas que involucran. Con respecto a la comunicación formal, el flujo de los mensajes se articula en los ejes vertical y horizontal: el primero incluye la comunicación descendente, que fluye de la alta dirección hacia los niveles inferiores de la jerarquía, y ascendente, que fluye de los empleados de los niveles inferiores hacia el personal de nivel más alto. En el eje horizontal la comunicación fluye entre compañeros que se encuen-

tran en el mismo nivel jerárquico (Kreps, 1995; van der Hofstadt Román et al., 2006).

Según van der Hofstadt Román et al. (2006), en los grupos formales, la comunicación es acorde a los criterios de la política institucional; existen variaciones que van desde grupos con una fuerte estructura jerárquica, donde cada integrante puede recibir comunicaciones solo de quienes le anteceden en la escala de posiciones y las transmiten a quienes le suceden en la misma, hasta otros modelos con estructuras flexibles en los que los miembros pueden comunicarse sin inconvenientes en todas las direcciones. Además de estas consideraciones, los autores señalan que existen lineamientos

específicos sobre el uso de protocolos de actuación para diversas situaciones relacionadas con el desempeño laboral.

Gómez (2015) refiere que diversas organizaciones sanitarias se han interesado en los últimos tiempos en valorar y accionar sobre aspectos organizacionales a los fines de mejorar los vínculos intrainstitucionales y así brindar una atención asistencial de calidad. Con base en esta propuesta se ha evaluado la presencia de comportamientos disruptivos que la Asociación Médica Estadounidense define como un estilo de interacción entre profesionales médicos, personal, pacientes, familiares u otros, que interfiere con la atención y el cuidado del paciente dentro un modelo crónico y repetitivo. Al respecto, Vítolo (2011) menciona la existencia de evidencia científica acerca de la seguridad del paciente que muestra ejemplos de errores médicos ocasionados por la comunicación deficiente en el equipo sanitario. Los actos de comunicación se basan en el manejo de diferentes elementos: verbal (empleo de palabras habladas o escritas), no verbal (mirada, gestos, uso de la sonrisa, movimientos corporales, postura, contacto físico, etc.) y paraverbal (tono y volumen de la voz, latencia, fluidez y claridad en el discurso, manejo de pausas y silencios, etc.) y su uso estará encuadrado por el estilo comunicacional exhibido (van der Hofstadt Román et al., 2006). Pueden identificarse tres estilos de co-

municación denominados agresivo, pasivo o inhibido y asertivo, los que permiten establecer, en términos generales, una relación entre el estilo de comunicacional y la impresión (positiva o negativa) generada en los demás al producirse la interacción. Los estilos agresivo y pasivo o inhibido se relacionan con los comportamientos disruptivos señalados.

La agresividad es una forma de conducta no-asertiva, consistente en “no respetar los derechos, sentimientos e intereses de los demás y, en su forma más extrema, incluye conductas como ofenderlo, provocarlos o atacarlos” (van der Hofstadt Román et al., 2006, p.54). Quien emplea este estilo comunicacional se caracteriza por preocuparse exclusivamente por defender a ultranza sus derechos, y lo hace faltando al respeto a los demás. El estilo agresivo de comunicación puede manifestarse entre los integrantes del equipo de salud a través del uso habitual de comentarios racistas, étnicos o sexistas, intimidación, comentarios groseros en voz alta, uso de lenguaje ofensivo, amenazas, acoso sexual o exigencias de trato especial, así como también involucra conductas tales como arrojar instrumentos o propinar empujones.

La característica distintiva del estilo de comunicación pasivo o inhibido es la preocupación por satisfacer los deseos de los demás; quienes emplean este estilo parecen respetar a los otros, pero en realidad no se respetan a sí mis-

mos y suelen anteponer los deseos y las opiniones de los demás a los suyos propios. También, van der Hofstadt Román et al. (2006) hablan de actitudes pasivas, las que incluirían la resistencia a desempeñar tareas o responder preguntas, la demostración de actitudes no cooperativas durante las tareas acostumbradas, no devolver las llamadas telefónicas, emplear lenguaje condescendiente, o demostrar impaciencia frente a preguntas del otro. Todas las características mencionadas, al igual que en el estilo agresivo, atentan contra el funcionamiento eficaz del equipo de trabajo.

Suele relacionarse las siguientes creencias erróneas con la asertividad (León Rubio et al. 1998): se debe brindar soluciones a todas las personas sin importar lo que necesiten; jamás hay que negarse a una petición; y resulta inadmisibles cometer errores, ya que es vergonzoso e impropio para un buen profesional. Estas creencias no hacen más que generar ansiedad e inseguridad en el profesional. La auténtica asertividad, en cambio, involucra la capacidad de expresar sentimientos, emociones, opiniones, ideas o necesidades, defendiendo los propios derechos y respetando los derechos ajenos. El objetivo principal de la persona que utiliza el estilo de comunicación asertiva no es obtener lo que desea a cualquier precio sino, poder expresarse de modo adecuado -libre de agresiones- de tal modo que usualmente la interacción con una perso-

na asertiva se transforma en una negociación (van der Hofstadt Román et al., 2006; León Rubio et al., 2008). Entre los beneficios que reporta el uso de la asertividad pueden mencionarse a nivel personal una mayor autoestima y satisfacción consigo mismo, aumento de la eficacia y competencia en los vínculos con otros, y contribuye a disminuir el estrés

ante las dificultades y los posibles conflictos interpersonales. A nivel organizacional aporta mayor cohesión, potencia las aptitudes grupales, brinda facilidades para realizar el trabajo en equipo y contribuye a reducir el número de conflictos grupales e interpersonales (León Rubio et al., 1998; León Rubio et al., 2008). Implementar un estilo de compor-

tamiento asertivo que favorezca la comunicación con otros es una decisión personal; sin embargo, solo se puede elegir si se aprende a actuar asertivamente, de lo contrario solo se contará con un repertorio acotado de conductas, las que pueden resultar insuficientes para establecer vínculos profesionales satisfactorios.

3 NEGOCIACIÓN

La comunicación, según Quindimil (2007), “también es una negociación, que produce en las relaciones interpersonales efectivas contrastos psicológicos claramente comprendidos y acordados” (pp. 9-10). Los comunicadores efectivos no solo reconocen las expectativas del otro, sino que además trabajan para recabar nueva información y así actualizar permanentemente sus percepciones sobre estas expectativas. El autor señala que en cada oportunidad que nos comunicamos con otras personas modificamos en alguna medida la relación que establecemos con ellas, y en tanto los comportamientos se adecúen a las expectativas del otro, la relación se fortalecerá; pero el conflicto no es ajeno a los vínculos interpersonales, sino que es inherente al entramado de relaciones, y se presenta con frecuencia en los ámbitos institucionales de la salud.

La negociación se considera la estrategia más útil para la gestión del conflicto (González Navarro et

al., 2012). López Zafra et al. (2013) señalan que la negociación “se considera un proceso desarrollado por unidades sociales que intentan llegar a un acuerdo sobre la distribución o el intercambio de beneficios o costes” (p.105). Diversos autores (González Navarro et al., 2012; León Rubio et al., 1998; León Rubio et al., 2008, López Zafra et al., 2013) coinciden en que las características distintivas del proceso negociador involucran la interdependencia de las partes, la existencia de una relación de poder y la voluntad de lograr un acuerdo que brinde satisfacción a las partes intervinientes.

Según González Navarro et al. (2012), la negociación, como vía de gestión de conflictos, concuerda con la intención conductual de competición, compromiso y colaboración. La diferencia reside en que mientras en la competición (negociación competitiva) las partes buscan lograr sus metas a costa de los objetivos de las otras partes, en el compromiso (nego-

ciación mixta) los actores involucrados aceptan que el acuerdo resulta más beneficioso que la ruptura de los vínculos y aceptan una transacción, o sea, las partes cuentan con sus propios recursos, pero necesitan los aportes de la otra parte y están dispuestas al intercambio. Con respecto a la colaboración (negociación integrativa) “las partes tienen la intención de resolver el conflicto aclarando las diferencias en lugar de ceder ante las mismas. Se trata de realizar la mejor distribución de los beneficios entre las partes, buscando soluciones integradoras en las que todos ganen” (González Navarro et al., 2012, p.15).

López Zafra et al. (2013) establecen una relación entre la habilidad de negociación y la inteligencia Emocional (IE), entendida esta última como el “conjunto de disposiciones de conducta y autopercepciones relacionadas con la propia capacidad de reconocer, procesar y utilizar información emocional” (Petrides y Furnham,



citados en López Zafra et al., 2013, p. 29), o también definida por Bar-On (1988, citado en López Zafra et al., 2013) como la “intersección de competencias sociales y emocionales, de destrezas y facilitadores que interactúan entre sí y determinan la eficiencia con la que los sujetos comprenden, se expresan y se relacionan con los demás, así como el afrontamiento a las demandas cotidianas”(p.26). El lazo presente entre la IE y la negociación remarca la importancia de las emociones en los procesos de negociación, en tanto se considera que quienes logran mayor comprensión sobre las experien-

cias y manifestaciones emocionales cuentan con ventaja para actuar estratégicamente en un contexto que requiere del proceso de negociación. Se estima que los negociadores con elevada IE podrán: obtener información más rápidamente, tomar decisiones de forma más objetiva, mostrar emociones adecuadas y serán capaces de estimular la emoción deseada en sus contrarios.

Las habilidades requeridas a los negociadores varían según el tipo de negociación, el rol que deban desempeñar, el método y las estrategias empleadas, y la fase del proceso en que se encuentren

los involucrados (León Rubio et al., 1998). Al considerarse como búsqueda de resolución de problemas, la negociación requiere, entre otras habilidades, de: escuchar activamente, reformular y sintetizar lo expresado por el interlocutor; ponerse en su lugar; identificar y reconocer emociones propias y ajenas; realizar preguntas a los fines de aclarar y conocer las verdaderas necesidades del otro; brindar información clara y concreta; analizar la relevancia de las alternativas propuestas; analizar los riesgos de las opciones; y persuadir.

4 EMPATÍA

Esquerda et al. (2016) mencionan que la empatía se considera una de las competencias centrales en el aprendizaje de la medicina en este siglo. Asimismo, refieren que múltiples estudios vinculan la empatía con mejores competencias clínicas, lo que influye favorablemente en la relación médico-paciente; también se la relaciona con la creciente importancia otorgada a los aspectos emocionales y vinculares involucrados en la resolución de conflictos, una mejor satisfacción profesional, niveles más bajos de estrés y menor tendencia a padecer burnout en el ámbito sanitario.

Los estudios sobre la capacidad humana para empatizar se han desarrollado desde tiempo atrás, siendo acuñado el término en el sentido actual en 1909 por Titchener (citado por Fernández Pinto et al., 2008), y, aunque existe cierto consenso acerca de los correlatos conductuales que abarca, no existe un acuerdo pleno para su definición; en su devenir no han sido pocas las confrontaciones teóricas, rivalizando los enfoques cognitivos y afectivos. Según diversos autores (Fernández Pinto et al., 2008) la discusión básica estriba “sobre si la empatía consiste en ‘ponerse mentalmente en el lugar del otro’ o si por el

contrario hace referencia a ‘sentir la emoción de forma vicaria’” (p.284). Una propuesta integradora sostiene que la empatía se compone de aspectos tanto cognitivos como afectivos.

A partir de los años 90 el estudio de la empatía se aborda desde la perspectiva de la Inteligencia Emocional (IE), lo que da como resultado diversas definiciones posibles: según Goleman (citado en López Zafra et al., 2013, p.44): “comprensión de otros, servicio de orientación, desarrollo de otros, diversificación y conciencia política”; según Bar-On (citado en López Zafra et al., 2013, p.27): “habilidad para sentir, comprender y apreciar los sentimientos de los demás”. El modelo de Mayer y Salovey entiende que la empatía incluiría aspectos relacionados con la percepción de las emociones de los demás y asimismo con su comprensión (1997, citados por Fernández Pinto et al., 2008). Esquerda et al. (2016) definen la empatía dentro del ámbito de la salud como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y experiencias; sin embargo, no es solo en este tipo de relación dentro del espacio sanitario que la empatía resulta una competencia necesaria, ya que, según lo

desarrollado previamente, la empatía opera transversalmente a otras habilidades interpersonales. De acuerdo con López Zafra et al. (2013) los equipos que presentan menor preocupación empática se ven envueltos con mayor probabilidad en conflictos de tarea, y sufren con mayor frecuencia conflictos relacionales, siendo estos últimos de mayor intensidad que en los equipos de alta preocupación empática. La falta de oportunidades para expresar emociones o la carencia de habilidades de los integrantes del equipo para hacerlo, así como la baja tolerancia ante formas diferentes de pensar, podrían explicar el aumento de conflictos relacionales y de su grado de intensidad. A su vez, los equipos cuyos integrantes demuestran mayor preocupación empática se muestran involucrados en sus relaciones con los demás, lo que brinda la oportunidad para discutir sobre las tareas que realizan y de esa manera evitan o disminuyen considerablemente la aparición de conflictos asociados a las tareas que realizan. Por lo enunciado se infiere que la habilidad de los equipos asociada a la gestión de emociones correlaciona de forma negativa con la frecuencia de conflictos vinculares y de tarea, y su nivel de intensidad.

CONCLUSIONES

El acercamiento al enfoque de la interdisciplina permite delimitar sus alcances y la presenta como la alternativa a seguir con relación al concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud. García (citado en Schejter et al., 2006) sostiene que “un trabajo es interdisciplinario cuando hay una definición común del problema a tratar” (p.196); esto plantea un abordaje integral de la salud del individuo, la familia y la comunidad, implica una labor reflexiva acerca de la formulación de la problemática en cuestión, y evita la multiplicación de respuestas disciplinarias atomizadas a problemas supuestamente independientes. Según Otero et al. (2015) para el logro de mejores resultados del trabajo interdisciplinario en salud se requiere la

combinación correcta de profesionales, una definición adecuada de roles y responsabilidades asociadas, el uso de comunicación asertiva y el trabajo en equipo.

El aprendizaje del rol profesional se basa usualmente en la capacitación en competencias específicas cognitivas (propias del conocimiento sobre la materia) y de nivel técnico (relativas al manejo de técnicas, instrumental, etc.). Sin embargo, resulta paradójico que muchos de los profesionales que transcurren la mayor parte de sus vidas laborales en interacción social como es el caso del personal sanitario no incluyan en su formación el entrenamiento en habilidades interpersonales, de tipo general -como el sostener una conversación-, o específico - como el desarrollo de empatía-

(León Rubio et al., 2008). Entre las creencias erróneas acerca de las habilidades interpersonales se encuentran el considerarlas “un arte” en lugar de una técnica, y que dependen de los atributos innatos del individuo o de una adquisición casual, descartando que son competencias susceptibles de ser enseñadas y aprendidas.

La importancia otorgada a estas habilidades determina la cantidad y calidad de interacciones sociales, guarda relación con el logro de metas profesionales, aumenta la posibilidad de resolver problemas, contribuye a disminuir el estrés laboral, previene el burnout, mejora la calidad del desempeño profesional, aumenta la satisfacción del paciente, y contribuye a mejorar el proceso de atención de salud en general.

REFERENCIAS

1. 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. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
2. de Lellis, M. y Fotia, G. D. (2019). Interdisciplina y salud mental. *Anuario de Investigaciones*, XXVI, 179-187. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/delellis.pdf
3. Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medias, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16711589012.pdf>
4. González Navarro, P., Llinares Insa, L.I. y Zurriaga Llorens, R. (2012). *Gestión positiva del conflicto organizacional* [1. Aspectos generales del conflicto]. Síntesis.
5. León Rubio, J.M., Medina Anzano, S. y Cantero Sánchez, F.J. (2008). *Recursos y programas para la Salud Mental* [Capítulo 9: Habilidades y técnicas para la mejora de la comunicación.] (pp.229-262). Enfo Ediciones.
6. López Zafra, E., Pulido Martos, M. y Augusto Landa, J. M. (2013). *Inteligencia emocional en el trabajo*. [3.3.1. Conflicto y negociación]. Síntesis.
7. Otero, M., Dallo, M. de los A., Hernández, A. L. y Morales, N. (2015). Trabajo en grupo y trabajo en equipo en el ámbito de la salud. En A. Galain, M. Viera, J.J. Dapuerto y B. Varela (Eds.), *Manual de Habilidades Comunicacionales de estudiantes de Medicina del primer trienio* (pp. 148-153).
8. van der Hofstadt Román, C. J, Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M.J. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.

“La rara enfermedad de la vida efímera”

Walter Leguizamón

Clínica Santa Catalina Neurorehabilitación, sede del Parque

Dijo **Michael Hopf**: “Los tiempos difíciles crean hombres fuertes; los hombres fuertes crean tiempos fáciles; los tiempos fáciles crean hombres débiles; y los hombres débiles crean tiempos difíciles”.

Luego de la Gran Pandemia de 2020 todo se aceleró drásticamente. Muchos habían sucumbido al virus y otros tantos habían sucumbido al aislamiento social. Otros, que habían sobrevivido, encontraron en el encierro un lugar de inusitada comodidad y amparo. Las generaciones jóvenes comenzaron a prescindir de la otredad física y presencial y así surgió una nueva otredad: una basada en la relación con un otro “prestador” ya no de emociones, de vínculos y de lazos afectivos, sino más bien de servicios. Una otredad carente de abstracciones, para la cual el placer se fue acotando a la más primitiva y simple motivación del estímulo-respuesta. Todo estuvo de repente a un “clic” de distancia, la comida, la bebida, las tran-

sacciones bancarias y las transacciones amorosas también.

El tiempo transcurría de manera ineluctable y el impulso en la investigación —otrora gatillado por el apremio de encontrar la cura a un virus mortal— había desatado una cadena imparable de avances que proliferaban de manera exponencial e inevitable.

Primero fue la inteligencia artificial, luego lo acompañó la robótica.

Para el año 2045 se habían encontrado la cura contra el cáncer, creado antibióticos inteligentes contra todos los gérmenes y cirugías robotizadas con 100% de eficacia y precisión; gracias a lo cual, el promedio de vida había aumentado hasta la edad de 150 años.

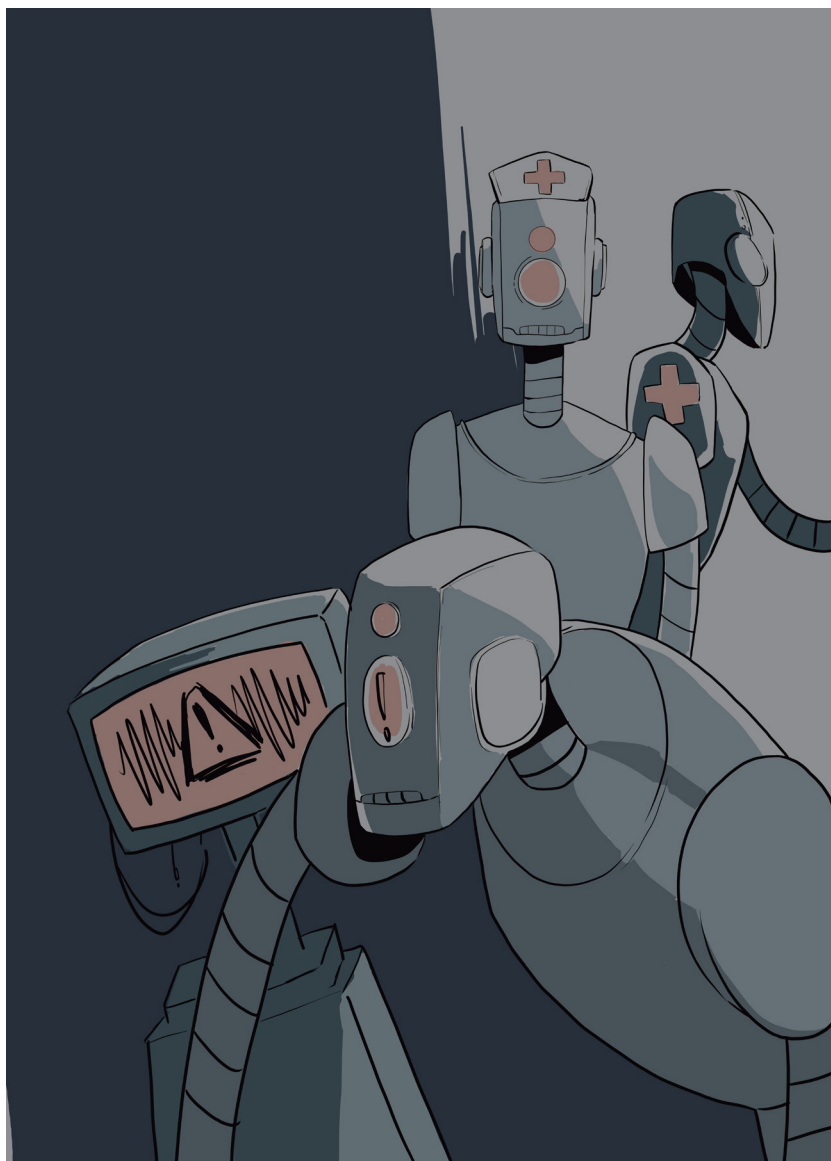
Las personas casi no enfermaban y los hospitales se habían transformado en páramos. Las pocas personas que consultaban por alguna dolencia eran recepcionadas por un robot que gestionaba la consulta; en pocos minutos el paciente era escaneado, diagnosticado y

medicado para regresar inmediatamente a su casa, de donde las personas ya no querían salir.

El sistema de salud tenía un 98% de éxito y todos estaban felices por no tener que interactuar con ningún otro ser humano.

Poco a poco la fuerza laboral y el empleo se transformaron en una utopía ya que los robots guiados por inteligencia artificial proveían de todo lo necesario para subsistir. Ellos mismos se abastecían de energía solar y todos los insumos que requería la robótica eran fabricados por líneas de montaje inteligente que calculaban exactamente los consumos y regulaban la producción.

Por supuesto que esto también cambió el concepto de economía, y sobre todo de riqueza, ya que luego de superar la primera etapa de inteligencia artificial —donde las guerras ocurrían por el control de la Big Data— y una vez masificada la prestación de la misma, las personas entendieron que ya no tenía ningún objetivo la pelea



Katerina Lucia Atamañuk Herrguth, Estudiante de la Licenciatura en Artes Visuales y Dibujo en la UMSA (Universidad del Museo Social Argentino).

y las economías entonces carecieron de bienes de cambio tanto como de sentido.

Las personas vivían felices en sus burbujas disfrutando de la realidad virtualizada de los juegos y las pantallas, cada vez más parecidos a una realidad que distaba mucho de ser real.

Nietzsche dijo alguna vez: “Quien tiene un por qué para vivir soportará cualquier cómo, pero cuando el mundo se llenó de “cómos” se

hizo inminentemente necesario poder encontrar el “por qué”.

Fue así que muchas personas comenzaron a morir de hastío, aumentaron los suicidios y surgió una nueva enfermedad que hacía que el organismo comenzara a degradarse como una pila consumida por el uso hasta detenerse el corazón y que la inteligencia artificial aún no podía resolver por falta de datos y experiencia para alimentar el proceso de machine learning.

Los hospitales vacíos tuvieron que ser reequipados con camas y comenzaron a aumentar las internaciones, sin poder evitar las muertes.

En este contexto había ingresado un joven de 22 años al hospital portador de la rara enfermedad evanescente. Había sido internado en una unidad de tratamiento en donde permanecía conectado las 24 horas a sensores y redes neuronales que transferían datos continuamente a una central de IA, la cual no solo monitoreaba su estado de salud, sino que también le proveía de medicación e informaba al sistema sanitario de su situación, al mismo tiempo que emitía un alerta a todos los familiares de la persona internada.

Así fue como su abuelo, que ya había cumplido 149 años, se enteró del estado de salud de su nieto y recordando haber visitado alguna vez a una persona en el hospital se acercó hasta allí guiado tan solo por el primitivo instinto.

La IA no entendía el concepto de visita y en primera instancia le negó la entrada. El hombre solicitó entonces una consulta y al ser escaneado le detectaron una irregularidad que le permitió ingresar. Se dirigió a donde se encontraba su nieto. Al verlo a través de un vidrio irrumpió en la habitación dejándose caer en un abrazo sobre el cuerpo yacente, al tiempo que se disparaban todas las alarmas y un robot lo apartaba mecánicamente de su ser amado. El anciano fue obligado a abandonar el hospital, pero su visita no pasó desapercibida.

El joven que padecía la rara enfermedad había comenzado a sanar. La inteligencia artificial relacionó el cambio en el medio interno del joven y asoció la cura con el abrazo que había recibido de su abuelo. Ordenó a todos los robots de cada hospital en donde se encontraban los pacientes que padecían la enfermedad que abrazaran a estos pacientes y de inmediato se pusieron a trabajar, aguardando esperanzados (si es que una IA puede tener esperanza) los resultados.

Pero los resultados no fueron los esperados ya que los cuerpos no reaccionaban al abrazo de los robots.

Fue entonces que la IA convocó a las autoridades a reclutar abrazadores, los cuales no solo no tenían interés, sino que al jamás haber sido abrazados no sabían cómo hacerlo y dispensaban un abrazo tan carente de emocionalidad que funcionaban igual que el abrazo dispensado por los robots.

La IA advertía una situación crítica de extinción de la raza humana si no se podía encontrar una solución a la rara enfermedad, que fuera nombrada “de la vida efímera”. Los líderes de la humanidad en un intento desesperado por encontrar la cura, fueron a buscar al abuelo del joven que había sanado, pero era demasiado tarde: luego de abrazar a su nieto había sido encontrado muerto en las calles de la ciudad.

Entonces, de manera desesperada, los líderes ordenaron excursiones a la Selva Amazónica en donde aún existían comunidades

que al no haber sido expuestas a la tecnificación, vivían en un primitivo equilibrio y comunión.

Esperando que sus abrazos sanaran a quienes se encontraban exánimes arrasaron con todo lo que se encontraba a su paso hasta dar con los aborígenes, y, de la misma manera que se extrae el núcleo de una célula en un laboratorio, los extrajeron y los llevaron a los hospitales.

Los aborígenes no entendieron para qué habían sido conducidos hasta allí; muchos de ellos murieron al intentar escapar, otros murieron de simples enfermedades que contrajeron, para las cuales no habían sido inmunizados.

La gran central de IA mostraba un cartel rojo con un contador de tiempo que marcaba la extinción completa de la humanidad en menos de un año.

Los líderes le preguntaban cómo detener este acelerado proceso y la IA respondía “Volver al origen”. Pero, ¿cómo volver al origen?

Fue entonces que uno de los líderes mundiales, el más viejo, dijo:

“Es necesario volver a generar familia, y si no podemos nosotros enseñar, necesitamos que la IA llegue a cada casa y enseñe a nuestros habitantes la importancia del amor fraternal y genuino.”

Alimentaron a la IA con esta propuesta y en fracción de segundo la inteligencia artificial bloqueó todos los juegos bélicos y competitivos, reemplazándolos por un juego que resaltaba los valores de la familia y que se resolvía apelando al amor, el respeto, la honesti-

dad, la responsabilidad, la paciencia, la generosidad, la empatía y el perdón.

Muchas de las personas conectaron con el juego y lo adoptaron, formando redes de jugadores unidos en red por un amor fraternal. Pero muchos otros salieron indignados a las calles para protestar y descubrieron un mundo que jamás habían visto. Descubrieron y se descubrieron en otro, fijaron sus ojos en los ojos de otras personas, sintieron el amor y se enamoraron y crearon familias que abrazaron a sus seres queridos y poco a poco no solo detuvieron la enfermedad, sino que crearon una nueva realidad mucho más real y perfecta.

Creí escuchar un sonido a lo lejos, que fue acompañado por la mano de mi esposa que se posó sobre mi hombro. Luego su voz llegó suavemente hasta mis oídos:

–Es hora de levantarse, vamos arriba que hay que arrancar el lunes.

Me levanté, tomé el desayuno y me preparé para ir a trabajar al hospital como todos los días. Mientras me acompañaba hasta la puerta, mi esposa preguntó:

–¿Qué soñabas anoche que no parabas de dar vueltas en la cama?

–No, nada –respondí– Era un sueño futurista, nada de qué preocuparse.

Y me despedí con un abrazo que se me antojó eterno.

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN **vea**

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



TU TRABAJO PUEDE SER UN
GRAN APORTE
PARA OTROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

LEE LAS BASES Y CONDICIONES
Y ENVÍALO A
ALEJANDRAFUENTE@ADECRA.ORG.AR.

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

FORMATO DE PRESENTACIÓN

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

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

INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

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

Ejemplo:

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

REVISTAS

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

Ejemplo:

Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004) "Improving patient safety-five years after the IOM Report", N. Engl. J. Med. 351: 2041-2043.

Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS PROFESIONALES, DOCENTES, INVESTIGADORES Y ALUMNOS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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