

CREAR

en salud

Órgano de Difusión Científica de la Escuela de Enfermería
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba

CREAR

en salud

Es una publicación con Referato. Los artículos publicados no reflejan necesariamente la opinión del Comité Editor, son responsabilidad exclusiva de los autores.

Esta publicación se realizó con fondos de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Sede de la Revista: Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Av. Haya de la Torre S/N. Ciudad Universitaria.

E-mail: revistacrear.ensalud@gmail.com
ISSN: 1852-7930

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida sin previa autorización de los autores.

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Directora

Mgter. Juana Beatriz Sigampa

Vice Directora

Esp. Lic. María Laura Romero

Secretaría Académica

Lic. Gloria Longoni

Secretaría de Ciencia y Tecnología

Esp. Lic. Estela del Valle Díaz

Secretaría Técnica

Esp. Lic. Carlos Daniel Ojeda

Secretaría de Extensión

Esp. Lic. Gisela Villegas

Secretaría de Graduados

Esp. Lic. Rita Raquel Espeche

Secretaría de Relaciones Internacionales

Esp. Lic. María del Carmen Borgatta

Secretaría Estudiantil

Esp. Lic. Gloria Ester Rodríguez

CREAR
en salud

N° 13

Órgano de Difusión Científica
de la Escuela de Enfermería
Facultad de Ciencias Médicas -
Universidad Nacional de Córdoba

COMITÉ EDITOR

Directora

Mgter. Juana Beatriz Sigampa

Redacción

Dra. Patricia Fabiana Gómez

Esp. Lic. Estela del Valle Díaz

Esp. Lic. Carlos Daniel Ojeda

Lic. Marcela Coronado

Comité de Referato

Dra. Graciela Simonetti

Universidad Nacional de Rosario

Dra. Ángela Aimar

Universidad Nacional de Villa María

Dra. Ana M. Kitlain

Universidad Nacional de Mar del Plata

Mgter. Juana B. Sigampa

Universidad Nacional de Córdoba

Esp. Lic. Mirta Piovano

Universidad Nacional de Córdoba

Lic. Marta Aliaga

Universidad Nacional de la Patagonia Austral

Revisión Lingüística y de Estilo

Lic. Elba María Gazal

Diseño Gráfico

Lic. Maximiliano Almirón

© Escuela de Enfermería
1° Edición

Impreso en Argentina
Editorial Copy-Rápido
ISSN: 1852-7930

Queda hecho el depósito que marca la ley.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.

SUMARIO

EDITORIAL	5
INVESTIGACIONES	
• CARGA DE TRABAJO. PERCEPCIÓN Y REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE LAS ENFERMERAS Y EN LA ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS PROVINCIALES DE CÓRDOBA	9
• NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LAS INFLUENCIAS DE LAS REDES SOCIALES EN SUS HIJOS ADOLESCENTES	29
MODELO DE INTERVENCIÓN	
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA A TURISTAS CON MAL DE ALTURA PROTOCOLO DE ACTUACIÓN	43
ENSAYOS	
• AUTOCUIDADO: DESDE LA TOMA DE CONCIENCIA A LA SALUD COLECTIVA ...	63
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SUFRIMIENTO MENTAL GRAVE. UNA PERSPECTIVA BASADA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA Y EN LOS DERECHOS HUMANOS	79
RELATOS DE EXPERIENCIAS	
• CONSTRUYENDO PUENTES Y GENERANDO ESPACIOS DE REFLEXIÓN. SURGIMIENTO DE UN GRUPO EMPODERADO DE MUJERES: NACIMIENTO DE UNA COMISIÓN	95
• PRÁCTICAS COMUNITARIAS TRANSFORMADORAS DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL. RELATO DE LA EXPERIENCIA. ESCUELA DE ENFERMERÍA – FCM Y FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	103
OFERTAS DE POSGRADO	116
NORMAS DE PUBLICACIÓN	124

EDITORIAL

En esta oportunidad, la publicación de este número representa un momento importante para nuestra profesión ya que el Consejo Internacional de Enfermeras el 10 de diciembre de 2019, ha lanzado la campaña para el Día Internacional de la Enfermera (DIE) 2020 cuyo tema es **“Enfermeras: una voz para liderar – Llevando al mundo hacia la salud”**.

Las enfermeras del mundo reflejan la diversidad del trabajo de la profesión cuidando de todos en una amplia variedad de entornos y a menudo en circunstancias difíciles, es por ello que la visibilización y la promoción de su labor son una aportación única para el bienestar de todas las personas.

Esta declaración de posicionamiento convoca a todos los sectores - gobiernos, profesionales y público en general - a sumarse junto a las enfermeras con el fin de lograr mayores inversiones y contribuir a que el público entienda exactamente su trabajo y su importancia para lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud conmemorará en el 2020, el Año de la Enfermera y la Partera, ya que será el 200° aniversario del nacimiento de Florence Nightingale lo que implica tanto una celebración de la enfermería como un llamamiento a la acción.

Por todo ello, este último número de la **Revista Crear en Salud** en formato papel, adhiere y se compromete a mejorar la comunicación de la producción científica durante el año 2020 en la consideración de que este crecimiento y esfuerzo aportará a esta celebración.

Mgter. Juana Beatriz Sigampa
Directora



CARGA DE TRABAJO. PERCEPCIÓN Y REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE LAS ENFERMERAS Y EN LA ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS PROVINCIALES DE CÓRDOBA.

Autoras: Sigampa, Juana Beatriz¹; Díaz, Estela del Valle²; Romero, María Laura³; Fernández Diez, Marina⁴; Montenegro, Fernanda⁵; Cufre, Claudia⁶; Montero, Elizabeth⁷; Ascuet, Daiana⁸; Rojo, Zulema⁹.

RESUMEN

Introducción: la sobrecarga laboral es a nivel mundial una preocupación. En las ciudades crece la mortalidad por enfermedades ligadas al estrés, a la sobrecarga física, emocional, donde los enfermeros están incluidos. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (2005), entiende a la *carga de trabajo* como el conjunto de actividades o intervenciones que lleva a cabo la enfermera como respuesta a las demandas de cuidados de las personas y de la familia. **Objetivo:** comparar la percepción de la carga de trabajo de las Enfermeras, su repercusión en la salud y en la organización de los servicios de internación general de Hospitales Públicos de Córdoba. **Metodología:** tipo de estudio, transversal. Comparativo, analítico. Variables de estudio: Percepción de la Carga de Trabajo. Percepciones: referido al reconocimiento, interpretación y significación de la carga laboral. Repercusión de la carga de trabajo relacionada con los cuidados brindados a la organización, a la vida y salud personal de los enfermeros. Población: 107 Enfermeros. Fuente: primaria; Técnica: encuesta, Instrumento: formulario autoadministrado validado y adaptado. Fueron cumplimentadas cuestiones ético-legales requeridas para el estudio. **Resultados:** respecto de la *Percepción* manifestada por los profesionales en las instituciones estudiadas se dan tres estadios bien diferenciados: a) Personas que no manifiestan sentir la carga de trabajo; b) Aquéllas que expresan carga relacionada con jornadas de doble trabajo y por aumento de la demanda de pacientes afectando el accionar diario en todos los aspectos profesionales, del cuidado, la organización, el desempeño y la familia y c) carga de trabajo por la situación social de los pacientes, la falta de elementos de trabajo, la desorganización en el trabajo también se diferencian según sexo. En cuanto a las Repercusiones los entrevistados consideran que las hay de carácter físico tales como cefaleas, dolores articulares y lumbares, insomnio y estrés; desgano, desinterés, falta de compromiso. En las referidas al Cuidado tiene que ver con la calidad de cuidados impartidos, repercute en la vida familiar, afectiva y social. **Conclusión y Discusión:** los hallazgos son consistentes con resultados presentados por estudios anteriores según los cuales tener en cuenta que la cantidad de personal de Enfermería no resuelve el problema incide reduciendo los eventos adversos incluyendo caídas e infecciones. Según Neffa (2009) el impacto de la carga de trabajo está relacionado con una carga física y el esfuerzo que genera fatiga, accidentes y enfermedades profesionales. La feminización de la profesión de Enfermería, si bien día a día va cambiando con la incorporación de más varones, aún es muy marcada y afecta la vida familiar y social de los enfermeros; las preocupaciones por los hijos y miembros a cargo, la sobrecarga laboral y el pluriempleo afectan el desarrollo profesional y laboral de los enfermeros.

Palabras Clave: Carga de Trabajo. Percepciones y Repercusiones.

SUMMARY

Introduction: work overload is a worldwide concern. In cities, mortality from diseases linked to stress, to physical, emotional overload, where nurses are included, increases. The National Institute for Occupational Safety and Health (2005), understands the workload as the set of activities or interventions carried out by the nurse in response to the demands of care of people and the family. **Objective:** to compare the perception of the Nurses' workload, its impact on health and the organization of the general hospitalization services of Public Hospitals of Córdoba. **Methodology:** type of study, transversal. Comparative, analytical. Study variables: Workload perception. Perceptions: referred to the recognition, interpretation and significance of the workload. Impact of the workload related to the care provided to the organization, the life and personal health of nurses. Population: 107 Nurses. Source: primary; Technique: survey, Instrument: validated and adapted self-administered form. Ethical-legal issues required for the study were completed. **Results:** regarding the Perception expressed by the professionals in the institutions studied, there are three distinct stages: a) People who do not express the feeling of workload; b) Those that express burden related to double-work days and due to an increase in the demand for patients affecting daily actions in all professional, care, organization, performance and family aspects and c) workload due to the social situation of the patients, the lack of work elements, the disorganization at work also differ according to sex. Regarding the repercussions, the interviewees consider that there are physical ones such as headaches, joint and lumbar pain, insomnia and stress; reluctance, disinterest, lack of commitment. In those related to Care it has to do with the quality of care provided, it has an impact on family, emotional and social life. **Conclusion and Discussion:** the findings are consistent with results presented by previous studies according to which to take into account that the number of Nursing personnel does not solve the problem affects reducing adverse events including falls and infections. According to Neffa (2009) the impact of the workload is related to a physical load and the effort that causes fatigue, accidents and occupational diseases. The feminization of the Nursing profession, although day by day changes with the incorporation of more men, it is still very marked and affects the family and social life of nurses; Concerns for children and dependents, work overload and multi-employment affect the professional and work development of nurses.

Keywords: Workload. Perceptions and Repercussions.

1. Directora de Carrera de Especialización en Administración y Gestión en Enfermería. SGCS. FCM. UNC. Profesora Titular Cátedra Administración en Enfermería. EE. FCM. UNC. Directora de Proyectos de Investigación.

2. Lic. en Enfermería. Docente de las Cátedras: Investigación y Taller de Trabajo Final. Esp. En Administración y Gestión en Enfermería. Investigador Categoriado Y Secretario de Ciencia y Tecnología de Escuela de Enfermería. FCM. UNC.

3. Esp. En Administración y Gestión en Enfermería. Prof. Adjunto concursado en Cátedra Administración en Enfermería. Docente de posgrado de la Carrera de Especialización en Administración y Gestión en Enfermería. EE. SGCS. FCM. UNC.

4. Lic. en Enfermería. Esp. en Administración y Gestión en Enfermería. Escuela de Enfermería. FCM. UNC. Diplomada en Gestión de Aulas Virtuales. (UVG) Universidad Virtual de Guadalupe. México.

5. Lic. en Enfermería. Mgr. en Salud Materno Infantil. Esp. en Administración y Gestión en Enfermería. Jefa de Servicio de Enfermería del Hospital Florencio Díaz de Córdoba. Prof. Titular Concursada en la Cátedra Enfermería Infante Juvenil. EE. FCM. UNC.

6. Lic. en Enfermería. Esp. en Administración y Gestión en Enfermería. Docente de la Cátedra de Administración en Enfermería. EE. FCM. UNC.

7. Lic. en Enfermería. Docente de la Cátedra de Administración en Enfermería. Escuela de Enfermería. FCM. UNC.

8. Lic. en Enfermería. Prof. Asistente de la Cátedra Enfermería Infante Juvenil y del Laboratorio de Aprendizaje de Prácticas Simuladas (LAPS). Escuela de Enfermería. FCM. UNC.

9. Lic. en Enfermería. Esp. en Administración y Gestión en Enfermería. Prof. Asistente del Laboratorio de Aprendizaje de Prácticas Simuladas (LAPS). Escuela de Enfermería. FCM. UNC.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de Enfermería en las instituciones de salud es complejo y dinámico; en su ejercicio profesional los enfermeros están expuestos a situaciones emocionalmente intensas que desencadenan estrés físico y mental. Investigaciones realizadas en las últimas décadas demuestran que mejores niveles de seguridad en el trabajo y específicamente del personal de enfermería impactan directamente en la seguridad del usuario, los resultados en la salud y la calidad de los cuidados. Canadá no escapa a esta realidad, el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional NIOSH (2004). En búsqueda de otros antecedentes de sobrecarga de trabajo se encontraron investigaciones hispanoamericanas realizadas en servicios de alta complejidad y cuidados críticos. Esta propuesta se centrará en las unidades de cuidados generales de Hospitales Públicos.

Las *Cargas de Trabajo* son el conjunto de actividades o intervenciones que se llevan a cabo como respuesta a las necesidades y demandas de cuidados de las personas y de la comunidad en la que viven y trabajan. Para el Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo INSHT (2005), se diferencian tres tipos de carga laboral: *física, mental y afectiva*, que intervienen directamente en la actividad profesional que realiza la enfermera.

Para evaluar las cargas de trabajo en enfermería, tradicionalmente se han utilizado estándares internacionales que no se asemejan a la realidad de nuestro medio, o se han aplicado sistemas que sólo miden acciones consideradas de riesgo. De acuerdo con lo establecido por el Consejo Internacional de Enfermería CIE (2014), este concepto de carga de trabajo ha sido explorado en las publicaciones, pero no hay una definición única (Walker y Hendry, 2009). Las primeras definiciones tendían a centrarse en el volumen y en el nivel de su trabajo, sin considerar el proceso que las enfermeras aplican para el cuidado de los pacientes, las familias y las comunidades y en otras áreas de su práctica como las de formación, investigación y administración.

Respetar tamaño de sangría en este párrafo

La enfermería, por ser una profesión con predominancia femenina, requiere abordar los problemas laborales de la mujer y su salud, **toron** indispensable asumir el análisis y discusión de las cuestiones de “género”  conocer las luchas a las que las trabajadoras están expuestas en el ámbito familiar, profesional y social. Desde esta perspectiva es necesario valorar las dimensiones de

análisis que diferencian las características de la carga de trabajo en profesionales de la salud como lo son las enfermeras respecto de los turnos de trabajo, edad y antigüedad; cuál es su importancia y presencia en el ámbito laboral hospitalario conocida como la triple carga; trabajo profesional, práctica doméstica y procreación.

Roldan, (2012) cita a Brehil, (1991):  “La lucha por la mujer en la construcción de lo humano plantea la necesidad urgente de defender y perfeccionar la vida, sobre la que se proyecta el deterioro creciente de un sistema sobre-explotador que produce sufrimiento y muerte prematura revestidos de modernidad. La adopción de un sistema para identificación de la carga de trabajo ha sido señalada como clave para el planeamiento del recurso humano de enfermería.”

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Cuál es la carga de trabajo, cómo repercute y qué percepción tienen de ella las enfermeras en servicios de internación general -niños y adultos- comparando turnos, áreas de trabajo y datos sociodemográficos de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba en el período comprendido entre marzo de 2016 a diciembre de 2017.

Se considera que el resultado de este estudio ha contribuido al conocimiento de la situación de trabajo real de las enfermeras en instituciones de la ciudad de Córdoba donde se observa la triple carga por lo que se la considera como una herramienta útil para mejorar la dotación de recursos humanos, la calidad y el costo de los cuidados contribuyendo a mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería. Posibilitó generar indicadores de gestión, que permiten aplicar estrategias o acciones de mejoramiento de los recursos humanos de Enfermería y del cuidado de la salud de los usuarios. A las organizaciones les aportó un mejor posicionamiento y sustentabilidad desde un compromiso social ya que los datos surgen de la propia realidad institucional.

 Arreglar sangría... El estudio se sostuvo a partir de la experiencia realizada en instancias de trabajo anteriores con las enfermeras responsables de los recursos humanos en enfermería y luego con enfermeras gestoras de distintos niveles organizacionales en las instituciones donde se propuso el estudio.

Dadas la necesidad real de las organizaciones y el interés de los niveles políticos, se consideró que estos resultados serían una contribución al conocimiento del problema, con posibilidad de extenderse a diferentes tipos de organizaciones. Se tuvo en cuenta la importancia que el trabajo ocupa en la

vida de las personas considerando que los estudios del área de salud del trabajador buscan identificar la relación entre trabajo y salud. Se identifica el uso de la expresión carga de trabajo, muchas veces sin una clara definición de su significado ya que conocer, por ejemplo, el número de enfermeras de que se dispone sin precisar la labor que desempeñan en cuanto a volumen, complejidad y disponibilidad, dificulta la gestión de enfermería.

Las realidades locales y sectoriales también marcaron su impronta para la evaluación de la gestión. Es por ello que a través del estudio se pudieron reconocer las diferencias y similitudes, que permiten orientar nuevas contribuciones a la gestión de los recursos humanos de Enfermería y del cuidado.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la percepción de la carga de trabajo de las enfermeras y la repercusión en la salud personal y organizacional en servicios de internación general de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba. Marzo 2016 a diciembre 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población según edad, antigüedad, situación de revista, sexo e institución formadora
- Comparar datos socio-demográficos por hospital 
- Comparar la carga de trabajo diferenciada por sexo, nivel de formación, pluriempleo y turnos de trabajo
- Conocer la percepción de los enfermeros referida a la carga de trabajo comparando turnos y datos socio-demográficos
- Caracterizar la repercusión de la carga de trabajo de enfermería en el cuidado enfermero, la organización y la propia profesional de Enfermería comparando turnos y datos socio-demográficos

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

El equipo de Investigación adhiere a la definición del INSHT (2005) que entiende a la *carga de trabajo* como el conjunto de actividades o intervenciones que lleva a cabo la enfermera como respuesta a las necesidades y demandas

de cuidados de las personas y de la familia en el contexto de Unidades de Enfermería de internación general de adultos y niños en Hospitales Públicos de Córdoba Capital.

En cuanto a la *carga de trabajo* se diferencian tres tipos. La carga física, relacionada con la capacidad y los ritmos de trabajo de cada persona para realizar una tarea concreta. La *carga mental*, que hace referencia a las exigencias de los procesos intelectuales derivados de la práctica enfermera y la *carga afectiva*, en la que interviene la afectación derivada del contacto con el dolor y sufrimiento de los pacientes y con la capacidad emocional del profesional para afrontar la práctica.

Por el carácter dinámico e interrelacionado del desarrollo de actividades o intervenciones de la enfermera, en el entorno ambiental, es importante conocer el significado de la *repercusión*, ya que con ellas se podrá transformar en palabras cómo perciben las/os enfermeras/os su práctica profesional a partir de la *carga de trabajo*.

Para Nesser (2004), la *percepción* es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos, entre los que se encuentra el aprendizaje, la memoria y la simbolización. En ella está de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social.

Para las dimensiones *repercusión* en la salud personal y organizacional se toman los conceptos de Dejours (2009) y de Neffa (2014), en la percepción que enfermería tiene de su carga laboral. Para la Triple Carga se toma Brehil (1991) citado por Roldan (2012) de las mujeres y se toma a Ramírez-Elizondo (2013), para el análisis de la turnicidad de los profesionales de Enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, comparativo y analítico.

Las variables fueron: Carga de trabajo, según las dimensiones carga física, mental y afectiva. Repercusión de la carga de trabajo, según las dimensiones relacionadas con los cuidados brindados a la organización y a la vida y salud personal de los enfermeros. Percepciones: se vincula con el reconocimiento,

interpretación y significación de la carga laboral. Comparando la carga de trabajo diferenciada por sexo, nivel de formación, pluriempleo y turnos de trabajo.

La población bajo estudio quedó constituida por: 99 enfermeros de Hospitales Provinciales de la Ciudad de Córdoba.

Fuente primaria, técnica encuesta e instrumento formulario autoadministrado de medición de carga de trabajo validado y adaptado incluye datos cualitativos referidos a las percepciones y repercusiones de la carga de trabajo.

Se solicitaron autorizaciones pertinentes a los enfermeros jefes responsables de las instituciones participantes como así también a los directivos y al personal. Al momento de distribuir los instrumentos se aclaraba el carácter anónimo del estudio y la libertad de decidir participar o no en él recogiendo la información en los servicios de Clínica Médica y Médica Quirúrgica en todos los turnos.

RESULTADOS

Quitar sangría. Los subtítulos no llevan sangría.

Caracterización de la población de enfermeros. Hospitales Públicos. Córdoba. Junio de 2017.

De las cuatro instituciones estudiadas los datos muestran que:

- **En el Hospital “A”** la edad promedio es de 40 años; la media en antigüedad es de 9 años; respecto de la situación de revista el 50% es de personal permanente, 25% de contratados y de monotributistas; están cubiertas todas las modalidades. El 75% de personal femenino, 60% de enfermeros, el 80% son egresados universitarios.
- **En el Hospital “B”** la edad promedio es de 43 años; la media de antigüedad es de 15 años; el 52% del personal es femenino; el 70% son enfermeros; 87% permanentes y 13% de contratados, no presentándose personal monotributista; finalmente el 78% corresponde a egresados universitarios.
- **En el Hospital “C”** la edad promedio es de 44 años; la media de antigüedad es de 9 años; el 76% del personal es femenino; 88% de enfermeros; el 52% de personal permanente y 48% de contratados, sin monotributistas en la institución; 39% de egresados universitarios.
- **En el Hospital “D”** la edad promedio es de 34 años; la media de

antigüedad es de 4 años; el 100% son contratados, situación que se da por ser un hospital nuevo en la ciudad. El 74% del personal es femenino, 60% de enfermeros y 60% de egresados universitarios.

Quitar sangría a este subtítulo...

Comparación de datos socio-demográficos. Hospitales Públicos. Córdoba. Junio de 2017.

- Al comparar la distribución por Sexo de los enfermeros de los Hospitales Provinciales se observa que el hospital “B” es el único que tiene una distribución de personal de enfermería de casi paridad entre el sexo femenino 52% y masculino 48%.
- La edad promedio supera los 40 años salvo en el hospital “D” donde la particularidad es de tener el 100% del personal operativo con modalidad de contratado al ser ésta una entidad de reciente apertura. De las otras instituciones el “A” es el único que tiene el 25% de profesionales en calidad de monotributistas. Respecto del lugar de egreso de los profesionales es el hospital “C” el que con el 19% marca la mayoría de enfermeros terciarios.
- La media de antigüedad supera los 9 años siendo el hospital “B” el que cuenta con media de más de 15 años y en el otro extremo el hospital “D” con 4 años. El 61% de egresados son Universitarios en las instituciones de la Capital y es el hospital “C” el que cuenta con mayor cantidad de enfermeros que Licenciados.

Quitar sangría al subtítulo

Percepción de los enfermeros respecto de la carga de trabajo comparando turnos y datos socio-demográficos. Hospitales Públicos. Córdoba. Junio de 2017.

Entrecruzando los resultados con la percepción manifestada por los profesionales de turno mañana: en las instituciones estudiadas se dan tres estados bien diferenciados: a) personas que no manifiestan sentir la carga de trabajo, b) Aquéllas que expresan carga relacionada con jornadas de doble trabajo y por aumento de la demanda de pacientes afectando el accionar diario en todos los aspectos profesionales, del cuidado, la organización, el desempeño y la familia y c) carga de trabajo por la situación social de los pacientes, la falta de elementos de trabajo, la desorganización en el trabajo.

a) También enfermeras mujeres quienes manifiestan que terminan su trabajo exhaustas físicamente, agotadas mentalmente. En otra institución estudiada los enfermeros varones desempeñan sus funciones en turno tarde y noche

no manifiestan sentir la carga de trabajo, aunque sí cierto reconocimiento de aumento de carpetas médicas que afectan la atención al paciente, la calidad de atención y el desempeño profesional, como también se refleja en las relaciones familiares y sociales, aunque no siempre. Además, mencionan jornadas llevaderas con algunas situaciones afectivas que requieren mayor esfuerzo; no consideran que haya repercusiones respecto del desempeño profesional, pero sí en lo familiar y social sí ya que expresan necesidad de descanso para recuperarse.

b) En las instituciones la carga de trabajo se expresa por cansancio y agotamiento, menor rendimiento en el cuidado, lo organizacional influenciado por la cantidad de personal disponible; el desempeño presenta repercusiones por exceso de horas de trabajo y alta demanda de pacientes; se suma, además, desgaste en lo emocional, lo mental e insatisfacción en lo afectivo. Sienten que no hay reconocimiento del cuidado brindado; otros expresan que intentan equilibrar los 3 aspectos a los fines de minimizar las consecuencias. Se percibe -según el período del año- que existe mucha demanda. Refieren violencia de parte de los pacientes y familiares y malas relaciones interpersonales que afectan directamente lo físico, afectivo y mental.

- Expresan carga relacionada con jornadas de doble trabajo y por aumento de la demanda de pacientes manifestando el aumento de la carga al tener que trabajar doble turno por los salarios insuficientes y condiciones de trabajo desfavorables, lo que afecta en todos los aspectos relacionados con el accionar diario en lo profesional, en el cuidado, la organización, el desempeño y la familia.

En el turno tarde teniendo en cuenta los resultados obtenidos con la percepción manifestada por los profesionales en las enfermeras se dan:

- Quienes expresan agotamiento mental y afectivo más que físico, personas que manifiestan sentir la carga de trabajo debido al aumento de carpetas médicas que afecta la atención al paciente, la calidad de atención y el desempeño profesional, con sensaciones de frustración, se obvian procedimientos; la irritabilidad, que a veces no puede separar su trabajo de su vida diaria; el agotamiento mental le impide disfrutar de su familia.

- Están quienes manifiestan iniciar las jornadas con entusiasmo, también las que cambian de acuerdo con la realidad del día, cambian especialmente en lo afectivo hasta llegar tanto al agotamiento físico como mental, sienten stress, frustraciones, que requieren mayor esfuerzo, refieren que tener poco personal aumenta la carga de trabajo exigiéndoles también física y mentalmente.

En el turno noche considerando los resultados con la percepción manifestada por los profesionales se dan:

- Personas del sexo masculino que no manifiestan sentir la carga de trabajo, aunque sí cierto reconocimiento de aumento de carpetas médicas que afectan la atención al paciente, la calidad de atención y el desempeño profesional, como también se refleja en las relaciones familiares y sociales, aunque no siempre. Además, manifiestan jornadas llevaderas con algunas situaciones afectivas que requieren mayor esfuerzo; no considera que haya repercusiones respecto del desempeño profesional, pero sí en lo familiar y social ya que expresan necesidad de descanso para recuperarse.
- Que cierta *carga de trabajo* se daría por la situación social de los pacientes, la falta de elementos de trabajo, sobrecarga por realizar tareas administrativas, de orden y reposición de materiales, la desorganización en el trabajo por falta de personal, lo que se refleja en la calidad del cuidado; esto provoca disminución en el desempeño por contar con menos tiempo para la elaboración de planes de cuidados, en lo personal, social y familiar también se ve afectado.
- En general las mujeres relacionan la carga con lo físico y no percibe repercusión alguna; en lo afectivo aplicando la objetividad a la tareas según la demanda que a veces afecta emocionalmente, en lo mental involucrándose con algunos aspectos, compromiso social y agotamiento mental, a veces cansancio físico y mal humor en relaciones con compañeros, superiores y pacientes; en el cuidado ante aquéllos por falta de compromiso y continuidad de tratamientos; en la organización a veces por excesivo trabajo al no respetarse la distribución de pacientes por profesional; en el desempeño en la planificación de atención; la carga de trabajo se lleva a veces al hogar afectando las relaciones y haciéndolas complejas, no habituales y que se manifiestan luego de haber gozado los días de descanso; cuando la carga de trabajo es excesiva influye en la atención  paciente ésta no es integral por estar fraccionada, múltiples demandas,  en la organización la rotación de servicios por falta de personal  percute e influye en el desempeño laboral y lo considera un atropello”; en lo personal cansancio estrés y malas relaciones entre colegas, se trata de dejar los problemas dentro del office aunque a veces uno se vuelve irascible e irritable”;  desidia total en el desempeño, ponerse un  parazón y darse ánimo para no caer en el deterioro de la salud mental”;  me encanta hacer lo que hago, ayudar, lo que no me gusta es la incertidumbre de no saber qué pasará cuando llegue al trabajo por la falta de personal en los distintos servicios”.

- El personal del turno noche vive la jornada de trabajo de manera tranquila refieren que” el clima laboral es ameno”, si bien hay sobrecarga laboral, el trabajo en equipo y las relaciones empáticas favorecen la labor. El agotamiento físico y desgaste emocional por falta de personal se contraponen a lo citado en el párrafo anterior como repercusiones, además incide en tareas inconclusas por falta de insumos; respecto de repercusiones en la organización, se perdió el objeto de cuidado, no hay reconocimiento y sienten que están “SOLOS” debiendo resolver las situaciones ellos mismos sin acompañamiento de superiores. En el desempeño profesional expresan desgano, son conscientes y que influye de manera negativa en la familia y en las relaciones sociales.

Cuadro 1: Percepción de la carga de trabajo en una jornada laboral desde los aspectos físico, emocional y mental. Enfermeros de Hospitales Provinciales. Ciudad de Córdoba. Junio de 2017.

Desde el aspecto físico:

- “... lo percibo como trabajo de mucho esfuerzo, estresante, desgastante ...”
- “... la carga física disminuye cuando se conforman equipos empáticos con las mismas características, “... responsables, puntuales, comprometidos ...”
- “... las relaciones humanas atraviesan la carga física ya sea para aumentarla o para disminuirla ...”

Desde lo afectivo:

- “... lo percibo con mucho cansancio físico y mental ...”
- “... en lo afectivo, en un buen grupo de trabajo se pone en práctica la confianza y la profesionalidad ...”
- “... en esta sociedad violenta la carga afectiva depende del entorno...” (hablan de sus pares, de las características de los pacientes, del equipo de salud).
- “... el ser humano es un “todo” biopsicosocial y espiritual y cuando alguna de estas partes no funciona afectan las demás ...”
- “... la jornada laboral se vive día a día”, con conflictos interdisciplinarios que se generan a lo largo del turno repercutiendo lo afectivo.
- “... la sociedad violenta y el entorno marcan las formas de percepción que se expresa mayormente en lo afectivo en esta institución ...”

Desde lo mental:

- Percibo lo mental como: “... agobio, desagrado, cansancio mental y saturación mental ...”
- “... los tres aspectos físico, afectivo y mental son como una unidad, cuando uno no está bien eso afectan en los otros” ...

Fuente: primaria recolección de datos. Se aplicó un instrumento validado y adaptado.

Repercusión de la carga de trabajo de enfermería en el cuidado enfermero, la organización y la propia profesional de Enfermería comparando turnos y datos socio-demográficos. Hospitales Públicos. Córdoba. Junio de 2017.

En cuanto a las *Repercusiones* indican que existen *repercusiones* físicas tales como cefaleas, dolores articulares y lumbares y además insomnio y estrés; las referidas al *Cuidado* tienen que ver con la calidad de cuidados impartidos, repercuten además en la vida familiar, afectiva y social. Hay diferencia entre las respuestas según sexo. La falta de personal es una constante como responsable; expresan que las hay físicas (cansancio) y mentales (desgano, desinterés, falta de compromiso). Una sola persona refirió sentirse feliz y sin *repercusiones*; En el *cuidado* algunos enfermeros consideran que no se ve reflejado; otros expresan que se observa en las relaciones conflictivas con los compañeros, supervisores, ante un cuidado deshumanizado, la organización se ve afectada por carpetas médicas, situación similar en las otras instituciones. En el *desempeño profesional* se ven las *repercusiones* ya que se realizan además del cuidado tareas no propias (administrativo y camillero) también en los procedimientos en las relaciones humanas, en el malhumor, descuidan la familia, desinterés por el trabajo, stress y enfermedades psicosomáticas.

En el *cuidado* repercute en el estado de ánimo, con intolerancia hacia los familiares, en la organización por falta de personal e insumos, por decisiones médicas y de supervisión, en el desempeño afecta el cumplimiento de protocolos y en lo familiar, social y personal con ganas de no seguir ejerciendo la profesión, muchas horas fuera de casa, falta de paciencia a los hijos y familia. Cuando se les indaga acerca de las *repercusiones* se observa intenso malestar en general, aún las dos personas que expresaron que trabajan en equipo y que a pesar de que priorizan los cuidados dejan “cosas sin hacer” “lo que genera recargar al otro turno como consecuencia malestar y dificultades en las relaciones humanas, sienten la necesidad de expresarlo al final del turno”. En general la falta de personal aparece como responsable de las falencias. Expresan que no están organizados institucionalmente para realizar los cuidados, opinan que hay inadecuada distribución. En la organización y repercute ya que se carece de protocolos, por trabajo descoordinado, en la vida personal / social y familiar del enfermero afecta generando insomnio, desinterés por compartir y participar en reunión de amigos y seguir hablando de lo institucional. Se expresa también que mayoritariamente las mujeres consideran vivir día a día la jornada laboral tratando de buscar un equilibrio, sienten la necesidad de preservarse especialmente ante la violencia son *repercusiones* en el desempeño laboral y profesional, ya que, en ocasiones afecta al cuidado del paciente. Quienes se

expresan con stress, sobrecarga y carácter intratable; cansancio permanente, trabajo ineficaz, se ve reflejado en el cuidado también con lo organizacional y la mala gestión del personal desde todos los niveles de decisiones, y afecta la vida familiar, social. El personal expresa sentirse muy mal, con mucho cansancio, existe mucha demanda, pacientes postrados, violencia hacia el personal, falta de personal, afecta directamente en la calidad de cuidados, sienten “cargos de conciencia” ya que a veces no cumplen con su responsabilidad profesional, no se recuperan ni física ni mental durmiendo o descansando en su hogar.

Cuadro 2: Repercusión de la carga de trabajo en una jornada laboral desde los aspectos físico, emocional y mental. Enfermeros de Hospitales Provinciales. Ciudad de Córdoba. Junio de 2017.

Repercute en lo físico

- Se expresa en dolor de miembros inferiores (MMII), dolor cervical y lumbar, cefalea y varices entre otras afecciones

En lo mental

- Expresado en desgaste emocional, malhumor, alteración del sueño, estrés, entre otras.
- La mala organización del recurso humano (RRHH) y la insuficiencia de insumos repercute en la salud en general del personal por el malestar y esfuerzo que genera.
- “... se genera carga psicológica que agota con repercusiones en lo “social, familiar y personal ...”

En lo emocional

- “... la carga de trabajo (CT) repercute en las relaciones humanas ...”
- “... siento insatisfacción cuando el médico desvaloriza las capacidades de enfermería y no trabaja en conjunto”.
- “... se pueden dar “relaciones estresantes” con el equipo de salud ...”
- “... asumir tareas no propias (camilleros, telefonista, guardia de seguridad, administrativo) aumenta la CT repercutiendo en todo lo anterior ...”

Fuente: primaria recolección de datos. Se aplicó un instrumento validado y adaptado.

Cuadro 3: Repercusión de la carga de trabajo en el CUIDADO brindado. Enfermeros de Hospitales Provinciales. Ciudad de Córdoba. Junio de 2017.

- Repercute en la calidad y continuidad del cuidado brindado.
- “... la falta de tiempo en la dedicación al paciente y escasez de recursos suficientes para brindar atención acorde a cada paciente afecta el CUIDADO ...”
- “... tratamos al paciente como un número ...”
- Carga moderadamente alta e inequidad en la distribución de pacientes conlleva a saturar al profesional y no brindar un cuidado de calidad.
- Repercute en la relación que se establece con el paciente y la familia.
- En el trato y la comunicación.
- No repercute ... por que se saca la tarea a pesar de ser pocos enfermeros.
- No repercute ... por el compromiso asumido.
- Una enfermera expresó que las actividades relacionadas con los procedimientos no dejan de cumplirse, canalización, control de signos vitales, medicación, baño en cama, curaciones.

Fuente: primaria recolección de datos. Se aplicó un instrumento validado y adaptado.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La propuesta se desarrolló en hospitales con dependencia provincial, si bien la carga de trabajo se ha estudiado con mayor énfasis en las áreas críticas desde donde surge la escala de valoración (NAS); la que fue adaptada para conocer las percepciones y repercusiones de los profesionales de enfermería; la integración de datos posibilitó el establecimiento de asociaciones y amplió el foco de la discusión en varios aspectos relacionados con la carga de trabajo del equipo de enfermería y seguridad del paciente, en las unidades de internación clínica / quirúrgica y pediátrica.

Teniendo en cuenta lo expresado por Dalri (2014) los resultados obtenidos con la percepción manifestada por los profesionales se dan: a) quienes expresan agotamiento mental y afectivo más que físico: personas que manifiestan sentir la carga de trabajo debido al aumento de carpetas médicas, la calidad de atención y el desempeño profesional, con sensaciones de frustración, se obvian procedimientos, la irritabilidad impide separar trabajo de vida diaria, el agota-

miento mental le impide disfrutar de su familia; b) están quienes manifiestan iniciar las jornadas con entusiasmo pero la realidad del día modifica la situación llegando por la falta de personal o por aumento de pacientes al agotamiento físico y mental, con stress, frustraciones, que hacen más pesada la carga, con repercusiones en el desempeño laboral, al afectar el cuidado del paciente o del familiar; c) Ramírez-Elizondo (2013) quienes se expresan con stress, sobrecarga y mal humor, cansancio permanente y percepción de un trabajo rutinario e ineficaz, se ve reflejado en el cuidado también en lo organizacional por inadecuada gestión del personal en los niveles de decisión, provisión de insumos necesarios y rotaciones de turnos.

En cuanto a las repercusiones a nivel personal el cansancio lleva a la falta de motivación para asistir al trabajo y alteraciones del sueño, que repercuten a nivel familiar y social.

Estos hallazgos son consistentes con resultados presentados por estudios anteriores que sugieren que la dimensión adecuada del personal de enfermería con menores tasas de paciente/profesional, ayudan a reducir la incidencia de eventos adversos, incluyendo caídas e infecciones.

Según Neffa (2009) el impacto de la carga de trabajo está relacionada con: una carga física, es decir: los gestos, las posturas y el esfuerzo que deben realizar que generan fatiga, accidentes y enfermedades profesionales que pueden provocar hasta la muerte.

Una carga mental, resultado del proceso cognitivo que implica todo trabajo para lograr los objetivos asignados, hacer frente a los incidentes y que requiere calificaciones, competencias, un saber hacer productivo adquirido mediante la experiencia, porque todo trabajador siempre innova, se ingenia, es creativo.

Una carga psíquica, es decir los aspectos afectivos y relacionales en el trabajo, porque necesita transmitir y controlar las emociones y las perturbaciones del humor.

El exceso de trabajo parece favorecer enfermedades mentales y/o físicas en trabajadores del área de la salud, además de facilitar la ocurrencia de ausentismos, accidentes de trabajo, agotamiento, sobrecarga laboral y ausencia de ocio. Enfermeros, a fin de superar las adversidades de su trabajo, buscan motivación, como el dinero y el conocimiento, para seguir una doble jornada laboral desafiando los factores extrínsecos e intrínsecos que surgen constantemente (Dalri, 2014).

Para Razavi y Staab (2010), una de las hipótesis para explicar esta desventaja relativa de las ocupaciones del cuidado sostiene que el componente de cuidado es una variable muy importante, ya que al tratarse de tareas socialmente subvaloradas asociadas a habilidades inherentes a la condición femenina, estas ocupaciones podrían sufrir una potencial penalización en el mercado en términos de remuneraciones y condiciones de trabajo: England, Budig y Folbre (2002); Folbre y Nelson (2000); Budig y Misra (2010); Esquivel (2010) y Pereyra (2013).

Ahora bien, los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST) también existen, aunque no se puedan ver o pesar y no se puedan medir objetivamente. Son percibidos y experimentados por los trabajadores quienes a menudo los subvalúan o subestiman porque los han naturalizado, debido a la rutina y al desconocimiento, aún no han sido reconocidos por la legislación argentina ni el sistema de seguridad social.

La feminización de la profesión de Enfermería, si bien día a día va cambiando con la incorporación de más varones, aún es muy marcada y afecta la vida familiar y social de los enfermeros; las preocupaciones por los hijos y miembros a cargo, la sobrecarga laboral, el pluriempleo, afectan el desarrollo profesional y laboral de los enfermeros.

Micha (2015) expresa: un debate más amplio que reflexiona sobre las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado, el cual ha cobrado creciente relevancia en la agenda feminista de los últimos años. Este interés se debe, por un lado, a que el aumento de la participación laboral femenina ha generado creciente demanda por este tipo de servicios (Folbre, 2006) y por el otro, al importante nivel de feminización de estas ocupaciones, el cual indica que las mismas constituyen un sector que genera oportunidades de empleo para muchas mujeres (Razavi y Staab, 2010)".

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados a las autoridades correspondientes.
- Promover la conformación de equipos de trabajo y el desarrollo de trabajo en equipo (objetivos compartidos, funciones claras, confianza mutua, comunicación eficaz y procesos y resultados medibles).
- Generar entornos de trabajo saludables: comunicación adecuada, verdadera colaboración, adopción de decisiones eficaces, personal idóneo, reconocimiento significativo y dirección y liderazgo auténticos.

- Reconocer la responsabilidad personal que nos incumbe sobre la imagen de las enfermeras y sobre cómo nos ve el público.
- Facilitar la divulgación de información y el establecimiento de redes interactivas sobre investigación de la efectividad en costos, las estrategias de ahorro de costos y las normas de la mejor práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre Pazetto, B.; Suely Sueko, S.; Viski Zanei, I.; Yamaguchi Whitaker. (2003). *Carga de trabajo de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI*.
- Amparo Bernat, A.; Adizanda Campos, B.; Cubedo Rey, M.; Quintana Bellmunt, J.; Sana-huj, E.; Sanchís Muñoz, J.; Montserrat Soriano Canuto, R.; Tejedor López, A.; Vivas Bou, M. (2005). *Nursing Activity Score (NAS). Nuestra experiencia con un sistema de cómputo de cargas de enfermería basado en tiempos*. Elsevier, 16(04), 4.
- Arias-Rivera, S.; Sánchez-Sánchez, M. M.; Fraile-Gamo, M. P.; Patiño-Freire, S.; Pinto-Rodríguez, V.; Conde-Alonso, M. P.; Ferguson, N. D.; Frutos-Vivar, F. (2013). *Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score*. 24(01).
- Carmona-Monge, F. J. (2013). *Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score en dos UCIS Españolas*. Rev Esc Enferm USP.
- Dalri, R.; Cássia de Marchi Barcellos, S.; Almeida, L.; Mendes, A.; Oliveira Cruz, & Robazzi, M.; Carmo Cruz, L. (2014). *Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(6), 959-965. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>
- Ducci, M.; Padilha Katia Grillo, J. (2008). *Nursing activities score: estudio comparativo de la aplicación retrospectiva y prospectiva en una investigación*. 21(4).
- England, P.; Budig Michelle, J. y Folbre, N. (2002). *Wages of virtue: The relative pay of care work*. En: Social Problems, vol. 49, N° 4.
- Ferreira Queijo, A.; Kátia Grillo Padilha, K. (2009). *Nursing Activities Score (NAS): Adaptación Transcultural*. Rev. Enfermagem 43.
- Folbre, N. (2006). *Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy*. En: Journal of Human Development, vol. 7, N° 2.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2007). *Estado mundial de la In-*

fancia 2007. *La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género*. ISBN-13: 978-92-806-4066-3. Consultado en https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_chap3_sp.pdf

Lake, E. T.; Cheung, R. B. (2006). *Are patient falls and pressure ulcers sensitive to nurse staffing*. *Rev. Enfermagem* 28(6).

Miranda, D. R.; Nap, R.; De Rijk, A.; Schaufeli, W.; Iapichino, G. (2003). *Tiss Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing activities score*. 31(2).

Padilha, K. G.; Sousa, R. M.; Garcia, P. C.; Bento, S. T.; Finardi, E. M.; Hatarashi, R.H. (2010). *Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS)*. *Enfermagem* 26(2).

Regina, M.; Yatsue Conishi, L.; Rapone Gaidzinski, R. (2007). *Nursing Activities Score - NAS como instrumento para medir la Carga de Trabajo*. *Enfermagem* 41(3).

Ramírez-Elizondo, N.; Paravic-Klijn, T. & Valenzuela-Suazo, S. (2013). *Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería*. *Índex de Enfermeria*, 22(3), 152-155. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200008>

Razavi, S. y Staab, S. (2010). *Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado*. En: *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 129, nro. 4.

Stafseth, S. K.; Solms, D.; Breda, I. S. (2011). *The characterisation of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: a descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway*. *Rev. Enfermagem* 27(5).

ANEXOS

Tabla I: Carga de Trabajo en el Hospital “A”. Caracterización sociodemográfica de profesionales de Enfermería. Julio de 2017.

HOSPITAL “A”											
TABLA GENERAL	Sexos		Media de edades	Formación		Situación de revista			Media de antigüedades	Instituciones de egreso	
	Femenino	Masculino		Enfermeros	Licenciados	Permanentes	Contratados	Monotributistas		Universitarios	Terciarios
		15	5	40 años	12	8	10	5	5	9 años	16
Totales	20		-	20		20			-	20	

Fuente: Entrevista. La edad promedio en el Hospital “A” es de 40 años, la media de antigüedad es de 9 años en la Institución. Respecto a la situación de revista, están cubiertas todas modalidades.

Tabla II: Carga de Trabajo en el Hospital “B”. Caracterización sociodemográfica de profesionales de Enfermería. Julio de 2017.

HOSPITAL “B”											
TABLA GENERAL	Sexos		Media de edades	Formación		Situación de revista			Media de antigüedades	Instituciones de egreso	
	Femenino	Masculino		Enfermeros	Licenciados	Permanentes	Contratados	Monotributistas		Universitarios	Terciarios
		12	11	43 años	16	17	20	3	-	15 años	18
Totales	23		-	23		23			-	23	

Fuente: Entrevista. La edad promedio en el Hospital “B” es de 43 años, la media de antigüedad es de 15 años en la Institución.

Tabla III: Carga de Trabajo en el Hospital “C”. Caracterización sociodemográfica de profesionales de Enfermería. Mayo a Julio de 2017.

HOSPITAL “C”											
TABLA GENERAL	Sexos		Media de edades	Formación		Situación de revista			Media de antigüedades	Instituciones de egreso	
	Femenino	Masculino		Enfermeros	Licenciados	Permanentes	Contratados	Monotributistas		Universitarios	Terciarios
		25	8	44 años	29	4	17	16	-	9 años	13
Totales	33		-	33		33			-	33	

Fuente: Entrevista. La edad promedio en el Hospital “C” es de 44 años, la media de antigüedad es de 9 años en la Institución.

Tabla IV: Carga de Trabajo en el Hospital “D”. Caracterización sociodemográfica de profesionales de Enfermería. Mayo a Julio de 2017.

HOSPITAL “D”											
TABLA GENERAL	Sexos		Media de edades	Formación		Situación de revista			Media de antigüedades	Instituciones de egreso	
	Femenino	Masculino		Enfermeros	Licenciados	Permanentes	Contratados	Monotributistas		Universitarios	Terciarios
		17	6	34 años	10	6	-	23	-	4 años	14
Totales	23		-	13		23			-	23	

Fuente: Entrevista. La edad promedio es de 34 años, la media de antigüedad es de 4 años en la Institución, todos contratados, situación que se da por ser un hospital nuevo en la ciudad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LAS INFLUENCIAS DE LAS REDES SOCIALES EN SUS HIJOS ADOLESCENTES.

Autoras: Cummins, Mariana¹; Ascuet, Daiana².

RESUMEN

En el presente trabajo se presentan los resultados de una investigación sobre el conocimiento de los padres respecto de las influencias de las redes sociales virtuales en sus hijos adolescentes. Pareciera que la irrupción de las redes sociales en todos los ámbitos del desarrollo humano, principalmente en el campo de la comunicación, generaría nuevas maneras de vínculos, conductas, hábitos principalmente en los jóvenes, por lo cual, se requiere una apreciación especial al abordar las redes sociales y los adolescentes en términos de oportunidades y es por ello, que **el objetivo** fue indagar el nivel de conocimiento que poseen los primeros educadores, los padres, en relación con las influencias de las redes sociales en sus hijos adolescentes, para poder brindar acompañamiento, cercanía y confianza en esta modalidad vincular, ya instalada. **Diseño Metodológico:** prospectivo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por padres de hijos adolescentes que concurren a los colegios públicos y privados de la ciudad de La Calera (n=250). La técnica de recolección de datos fue una encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario auto-administrado con preguntas cerradas. Fuente: primaria. **Resultados:** el 94,8% utilizan la red social Facebook (Mo) y en mucha menor medida las otras redes sociales. En relación con los conocimientos que poseen los padres acerca de influencias positivas de las redes sociales virtuales en sus hijos, el 57% de los adultos dijo que "No hay influencias positivas en sus hijos". El 22% sostuvo que sí hay influencias positivas porque permite la integración social. **Conclusión:** la mayoría de los padres conoce los aspectos negativos y positivos de las redes sociales sobre sus hijos adolescentes.

Palabras clave: Redes sociales. Adolescencia. TIC. Padres.

SUMMARY

This paper presents the results of an investigation about parents' knowledge about the influences of virtual social networks on their teenage children. It seems that the emergence of social networks in all areas of human development, mainly in the field of communication, would generate new ways of ties, behaviors, habits mainly in young people, therefore, a special appreciation is required when addressing social networks and adolescents in terms of opportunities and that is why, **the objective** was to investigate the level of knowledge that the first educators, parents, have in relation to the influences of social networks in their adolescent children, in order to provide accompaniment, proximity and confidence in this modality link, already installed. **Methodological design:** prospective, descriptive and transversal. The population was made up of parents of teenage children who attended public and private schools in the city of La Calera (n = 250). The data collection technique was a survey and as a tool a self-administered questionnaire with closed questions was used. Source: primary. **Results:** 94.8% use the social network Facebook (Mo) and to a much lesser extent the other social networks. In relation to parents' knowledge about positive influences of virtual social networks on their children, 57% of adults said "There are no positive influences on their children." 22% said there are positive influences because it allows social integration. Conclusion: most parents know the negative and positive aspects of social networks about their teenage children.

Keywords: Social networks. Adolescence. TIC. Parents.

Ambos resúmenes tienen que tener el mismo tamaño de letra (en castellano y en inglés).

1. Lic. en Enfermería. Mgter. en Salud Materno Infantil. Profesora Adjunta (DE) concursada en la Cátedra Enfermería Infanto Juvenil. Docente de posgrado en la Maestría en Salud Materno Infantil. Escuela de Enfermería. FCM. UNC. Contacto-autor de referencia: marianacummins@yahoo.com.ar – Tel: (03543) 464046.
2. Lic. en Enfermería. Prof. Asistente de la Cátedra Enfermería Infanto Juvenil y del Laboratorio de Aprendizaje de Prácticas Simuladas (LAPS). Escuela de Enfermería. FCM. UNC.

INTRODUCCIÓN

El gran fenómeno de las redes sociales se ubica entre los temas centrales de estudio del campo disciplinar de la comunicación no sólo por su irrupción tecnológica asombrosa a nivel mundial produciendo relaciones sociales que ponen en contacto a millones de personas de diversos lugares del mundo sino, también, por la generación de nuevas prácticas de sociabilidad entre las personas. Las redes sociales virtuales se han incorporado con tanta facilidad y a una velocidad tan impactante en nuestras vidas que resulta difícil no depender del uso continuo de WhatsApp, correo electrónico o los motores de búsqueda (Boyd, 2007).

La revolución del espacio virtual modificó las conductas y sobre todo el mundo de las relaciones humanas. Representa una red invisible que permite tanto la conexión como la desconexión entre las personas, expresa nuevos modos de comunicación y, por lo tanto, instrumentos especiales de socialización virtuales, que se van legitimando, adquiriendo estatus  importancia sobre todo en los grupos de adolescentes (Emmanuelli, 2012). Algunos autores como Marina (2012), expresan que este mundo alcanza a todos y en un tiempo real, considerándolo desde el punto de vista evolutivo, como un problema complejo, que produce transformaciones comparables a la invención de la escritura.

La etapa que se vive en la actualidad se caracteriza porque la mayoría de las personas hacen uso de alguna de las redes sociales disponibles en línea. Éstas se han convertido en una gran fuente de información tanto para adultos, como para los jóvenes y niños configurando cada generación su propia proyección en el ciberespacio (Manzanares, 2014). Pareciera, a su vez, que hay una brecha digital entre padres e hijos con relación al conocimiento de medidas de control y prevención por parte de los mayores y son los jóvenes adolescentes quienes mayormente se encuentran implicados en este proceso acelerado de las redes sociales considerándolos, según lo que señala Marina (2012) “*nativos digitales y sus padres y maestros “inmigrantes digitales”*”. Esta realidad no estaría reflejando un problema en sí, pero es necesario poder conocer el uso que los jóvenes hacen de las tecnologías para prevenir posibles complicaciones.

A su vez, la adolescencia es una etapa perentoria en el desarrollo de todo ser humano. En ella se llevan a cabo procesos que podrían determinar características de la personalidad durante la etapa adulta. La adolescencia, además de tener significado individual, posee un alto impacto en el colectivo social.

Conocer el uso de las redes sociales en los adolescentes, sus influencias positivas y negativas en sus vidas incluyendo códigos, lenguaje, conductas, relaciones vinculares particulares, son aspectos a considerar, a fin de poder acompañar acciones saludables en su uso (Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología, 2013).

En la República Argentina la red social conocida como Facebook, se ubica en el quinto puesto a nivel mundial en cuanto a la cantidad de usuarios con cuentas abiertas y activas. Este espacio se convierte para los adolescentes en un lugar para compartir y exponer sus relaciones, sus deseos, estados emocionales, preferencias, así como sus carencias y dolores más profundos (Manzanares, 2014).

Pareciera que la utilización de esta tecnología le brinda a este grupo social en particular una ilusión de amistad, en un espacio donde las personas pueden expresar sus más profundos sentimientos reducidos en un emblema de alegría, felicidad, tristeza o desesperación expuestas,  vez, a la amplia interpretación del interlocutor que se encuentra del otro lado de la pantalla. Lo más curioso pareciera que este tipo de expresiones no se suelen dar en encuentros reales.

Requiere una apreciación especial abordar las redes sociales y los adolescentes en términos de oportunidades y, para ello, es necesario indagar el nivel de conocimiento que poseen los primeros educadores, los padres, en relación con las influencias de las redes sociales en sus hijos adolescentes para poder brindar acompañamiento, cercanía y confianza en esta modalidad vincular, ya instalada. Es posible señalar que existe preocupación en los adultos respecto del uso seguro y buenas prácticas en las redes sociales por parte de los adolescentes en la conciencia de que la comunicación entre padres e hijos sobre el uso de la plataforma virtual es clave para lograr un entorno seguro.

Todo lo detallado anteriormente motivó la realización de esta investigación a fin de promover la protección del adolescente en el mundo virtual y la optimización de su crecimiento y desarrollo.

OBJETIVO

- Indagar el nivel de conocimiento que poseen los padres en relación con las influencias de las redes sociales en sus hijos adolescentes.

DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio realizado fue de tipo prospectivo, descriptivo y transversal.

La población estuvo constituida por padres de hijos adolescentes que concurrieron a los colegios públicos y privados de la ciudad de La Calera. Dada la magnitud poblacional ($p=1000$) se seleccionó una muestra ($n=250$) de forma aleatoria simple; cada unidad fue seleccionada por la ubicación en el orden del listado de clase, que recupera lugar múltiplo de diez, con reposición en el inmediato siguiente. El período de estudio fue en el año 2014.

La población estudiada fue homogénea, ya que en su gran mayoría los padres que llevaban sus hijos a las Escuelas de la Ciudad de La Calera tenían un nivel socio-educativo bajo. La mayoría de ellos poseían educación primaria incompleta y trabajaban de obreros y empleadas domésticas.

Los criterios de inclusión fueron: padres de hijos adolescentes; padres que tenían los hijos en colegios públicos y privados de la ciudad de La Calera; padres de hijos que tenían acceso a Internet en sus hogares o en otros ámbitos; padres que convivían con sus hijos en el mismo hogar; padres que concurrían por lo menos una vez al año al colegio de sus hijos; padres que sabían leer.

La técnica de recolección de datos fue una encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario auto-administrado con preguntas cerradas. En ellas, se estudiaron las variables sociodemográficas, el uso de las redes sociales y conocimientos acerca de influencias de redes sociales.

Análisis de datos: fueron volcados en soporte magnético en la versión actualizada del programa (Statisticpackagefor Social Science Software estadístico S.P.S.S) y ordenados en tablas frecuenciales simples y de contingencias que facilitan el entrecruzamiento de variables. Los análisis se hicieron conforme a los estadísticos posibles de calcular (Medida de tendencia central y de variabilidad).

Se proveyeron consideraciones éticas mediante la firma del consentimiento informado que garantizó la confidencialidad del anonimato y la aprobación para participar del estudio.

RESULTADOS

La distribución de los padres según el vínculo predominante con el hijo

adolescente fue: la madre con un 68 %, esto podría indicar que las madres son quienes tienen mayor contacto con el colegio donde cursan el secundario sus hijos adolescentes.

Con relación a la edad: el mayor porcentaje fue de 69% y corresponde al grupo etáreo de 39 y 49 años, en tanto que el menor porcentaje se concentró entre los padres de 50 a 60 años con un 6%. En su gran mayoría los padres de hijos adolescentes fueron adultos jóvenes los cuales podrían ser usuarios cotidianos de las redes sociales y conocer las influencias que ejercen éstas en sus hijos adolescentes.

Al considerar el nivel educativo los resultados muestran que el 50% de los padres tenían sus estudios secundarios completos y un 38% no habían finalizado la escuela secundaria.

En la Figura N° 1 (ver anexo), se puede verificar la distribución de las encuestas según la utilización que hacen los padres de redes sociales virtuales: el 94,8% utiliza la red social Facebook (Mo) y, en menor medida, las otras redes sociales. Este dato es de suma importancia ya que tanto padres como hijos estarían utilizando la misma vía de comunicación dentro de un ámbito virtual. Esto pondría de manifiesto que los padres de hijos adolescentes tendrían una actividad en la misma plataforma virtual, aunque según Facebook los jóvenes realizan un mayor número de comentarios, envían más mensajes y hacen un uso más intenso que los adultos.

Con relación a los conocimientos que poseen los padres acerca de influencias positivas de las redes sociales virtuales en sus hijos: el 57% de los adultos dijo que “No hay influencias positivas en sus hijos”. De ello, se deduciría que podría haber preocupación de los padres respecto del uso seguro y buenas prácticas de sus hijos con las redes sociales virtuales. El 22% sostuvo que sí hay influencias positivas porque permite la integración social; el 18% respondió que si hay influencias positivas al reencontrarse con conocidos- (Tabla N° 1-anexo).

Al mirar la distribución de las encuestas según conocimientos de los padres respecto de influencias negativas de las redes sociales virtuales en sus hijos adolescentes el 84,4% de ellos dijo que sí hay influencias negativas de las redes sociales en sus hijos; el 24% de ellos (Mo) señaló que produce falta de colaboración, mientras que el 22,4% indicó que genera cambios de conducta; el 15,6% aislamiento; el 6,4% acoso; el 8% discriminación; el 4,4 % amenazas y sólo el 3,6% secuestros virtuales. La creencia de los padres respecto de las influencias negativas de las redes sociales en sus hijos debería ser una alarma de atención

hacia los adultos que brindan escasa atención a sus hijos en el uso de la red y éstos acceden sin ningún control o vigilancia. Los adolescentes podrían encontrarse accidental o intencionalmente con contenidos que no son aptos para su edad, produciendo en ellos cambios no deseados (Tabla N° 2- anexo).

DISCUSIÓN

En función de las líneas seleccionadas como soporte teórico y teniendo en cuenta los resultados obtenidos y presentados, es posible señalar que existe preocupación de los adultos respecto del uso seguro y buenas prácticas de las redes sociales en los adolescentes y que la comunicación entre padres e hijos sobre el uso de la plataforma virtual es clave para lograr un entorno seguro. Si bien el vínculo que tienen los hijos con la madre es mucho más cercano que con el padre, son ambos progenitores quienes deben familiarizarse con el mundo virtual y sus desafíos.

Al confrontar con autores, tales como (Morduchowicz, Marcon y Sylvestre et al., 2010), en su escrito “Los adolescentes y las redes sociales” se observa que coincide en que la mayoría de los adolescentes tiene perfil personal en la red social Facebook y que los padres también utilizan la red, en una menor cantidad de tiempo.

El nivel de educación escolar de los padres influye en la exposición de las redes sociales en sus hijos, a mayor nivel de instrucción existe mayor conocimiento de las influencias de las redes sociales. El uso de nuevas tecnologías y formas de comunicación implica tener conocimientos básicos previos. Este resultado se contrapone a la investigación de (Melamud, Nasanovsky, Otero, Canosa, Enríquez, y Köhler, 2014) “Usos de Internet en hogares con niños de entre 4 y 18 años. Control de los padres sobre este uso”, ya que sostiene que no necesariamente un padre debe ser un experto en informática para supervisar a sus hijos e incluso, puede hacerlo con mínimos conocimientos de esta tecnología. Tan sólo con voluntad, persistencia e interés puede ser el orientador adecuado.

Los padres que tienen mayor uso de Internet, sí conocen las influencias de las redes sociales en sus hijos y sostienen que hay más influencias negativas que positivas. Las influencias negativas pueden abarcar desde la creencia firme que posee el adolescente en ser omnipotente frente al uso de Internet, y el absoluto convencimiento de que no hay riesgos confiando en la información que brindan las páginas sin distinción de publicaciones científicas o empíricas sustituyendo, en muchos casos, libros, enciclopedias por el uso de conceptos

rápidos y cortos hasta exponer información privada de ellos o de la familia, convencidos de que sólo sus amistades las van a ver. Se hacen amigos de personas desconocidas poniendo en riesgo su propia vida (García y Cruz López, 2013).

Morduchowic (2010), no hace referencia a influencias negativas, sostiene que el principal uso que hacen los adolescentes de Internet es para comunicarse. Una gran cantidad de jóvenes chatea, visita una red social, manda mails o bloguea. Éstos son los usos más importantes que los chicos en todo el mundo hacen de Internet. Luego le siguen: buscar información, hacer la tarea escolar, escuchar o bajar música, ver videos on line y jugar.

Los aspectos negativos que los padres ven reflejados en sus hijos con el uso de las redes sociales son la falta de colaboración, especialmente en el hogar y los cambios de conducta. También opinan que hay escasos beneficios en el uso de redes sociales destacando entre los aspectos positivos la integración social y reencuentro con conocidos. La investigación realizada por (Melamud, Nasanovsky, Otero, Canosa, Enríquez y Köhler, 2014), "Usos de Internet en hogares con niños de entre 4 y 18 años. Control de los padres sobre este uso" coincide con algunas de las influencias negativas, donde afirma que el denominador común de los resultados ha sido el bajo e ineficiente control paterno, lo que facilita muchas veces, de manera accidental, el encontrar contenidos no aptos para menores. También demuestra que cada vez es más frecuente que niños y adolescentes se topen con materiales indebidos y que, además, sepan no sólo dónde buscarlos, sino también cómo "escapar" del ojo adulto de manera eficiente.

La mayoría de los padres trabajaba y este dato podría ser un factor a tener en cuenta a la hora de preguntarnos si sus hijos hacen uso de redes sociales virtuales cuando los padres no se encuentran en el hogar, si bien, el trabajo estable de los padres no es condición necesaria para tener conocimiento acerca de las influencias de las redes sociales en sus hijos (Pacheco Amigo, Lozano Gutiérrez y González Ríos, 2018).

En la búsqueda de la propia identidad, los adolescentes necesitan ser reconocidos por sus pares, ser populares y esto significa tener muchos amigos. Las redes sociales posibilitan esta sociabilidad y es por ello que los adolescentes se encuentran inmersos en este mundo tecnológico y gran parte de sus vidas la pasan frente a una pantalla- Vivas, Cala, Labrunee (2010), Rocha, González y Pérez (2013).

Es importante señalar esto, ya que la accesibilidad en el uso de redes sociales influye en el tipo de uso que hacen y la mayoría de ellos tiene acceso en sus hogares y el tipo de uso que realizan es diario.

Al contrastar esta información obtenida con Morduchowicz, Marcon, Sylvestre et al., (2010) en “Los adolescentes y las redes sociales” se ve reflejado que, a diferencia de la presente investigación, ésta sostiene que todos los adolescentes tienen acceso a Internet, un 50% tiene conexión en su casa, pero el 50 % restante accede a ella en un locutorio o cibercafé”.

Ambas investigaciones coinciden en que los adolescentes se conectan a Internet todos los días.

CONCLUSIÓN

Los padres utilizan, al igual que sus hijos, las redes sociales; sin embargo, varían la cantidad de tiempo en relación con sus hijos.

La mayoría de los padres conocen los aspectos negativos y positivos de las redes sociales sobre sus hijos adolescentes.

Se requiere aún mayor trabajo sobre las maneras de intervenir y direccionar su uso en este colectivo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arab, E. y Días, A. (2015). *Impacto de las Redes sociales e internet en la adolescencia. Aspectos positivos y negativos*. Centro de adolescentes y Jóvenes. Revista Médica 26. (1) 7 – 13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000048>

Boyd, D. el alt. (2007). *Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship*. Presented in the *Journal of Computer-Mediated Communication*. Department of Telecommunication, Information Studies, and MediaMichigan State. Recuperado de: <https://online-library.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>

Emanuelli, P. y Colab. Ullua, C. (2012). *Nuevas socialidades, y configuraciones culturales en las redes sociales digitales*. Escuela de Ciencias de la Información. Universidad Nacional de Córdoba.

García, B. C. y Cruz López de Ayala López, M. C. (2013). *Los padres ante el uso de Internet y redes sociales por menores. Control y protección*. Actas – V Congreso In-

ternacional Latina de Comunicación Social. V CILCS – Universidad de La Laguna. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/a5bd/0fc711b3b9de9ea492682e11a83450162d6a.pdf>

Marina, J.A. (2012). *Medicina de la adolescencia. Atención integral. Los Adolescentes y el uso de las redes sociales*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. pp. 571-576. Madrid: Ergón Editorial.

Manzanares, M. B. (2012). *Industrias culturales, globalización y TICS. Estudio presentado en el “VI Encuentro Panamericano de Comunicación”*. Escuela de Ciencias de la Información. Universidad Nacional de Córdoba.

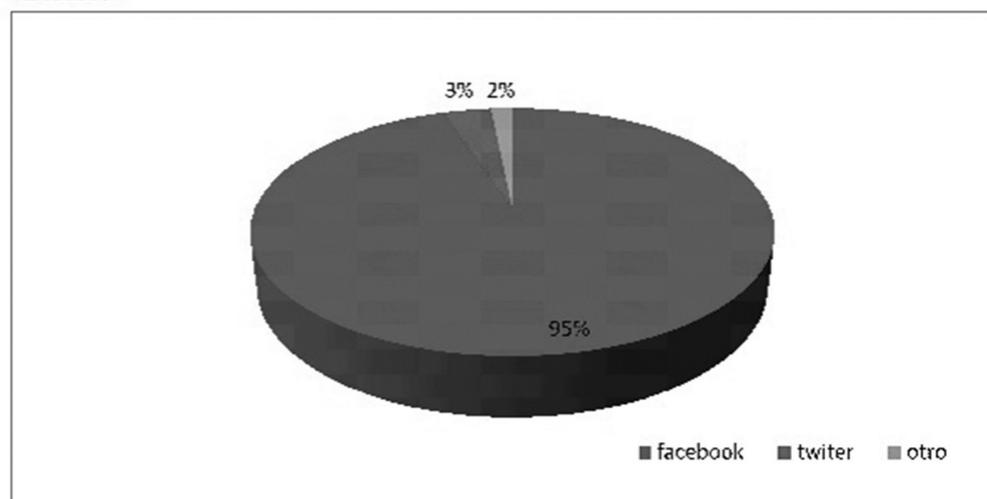
Melamud,  Nasanousky, J.; Otero, P.; Canosa, D.; Enríquez, D. (2014). *Usos de Internet en hogares con niños entre 4 y 18 años*. Archivos- Revista Argentina de Pediatría. 2009;107(1):30-36. Recuperado de: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n1a08.pdf>

Pacheco Amigo, B. M.; Lozano Gutiérrez, J. L. y González Ríos, N. (2018). *Diagnóstico de utilización de redes sociales: factor de riesgo para el adolescente*. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 8(16), 53-72. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.23913/ride.v8i16.334>

Rocha, M.; González, J. y Pérez, K. (2013). *Una mirada hacia la identidad de los jóvenes a través de las redes sociales: Facebook*. VI Encuentro Panamericano de Comunicación. Escuela de Ciencias de la Información. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba: Companam Editorial. Argentina.

ANEXOS

Figura 1: Distribución de la utilización que hacen los padres de las redes sociales virtuales.



Fuente: encuesta en colegios públicos y privados de la Ciudad de La Calera. Córdoba. Año 2016.

Tabla 1: Distribución de las encuestas según conocimientos acerca de las influencias positivas de las redes sociales virtuales en sus hijos adolescentes.

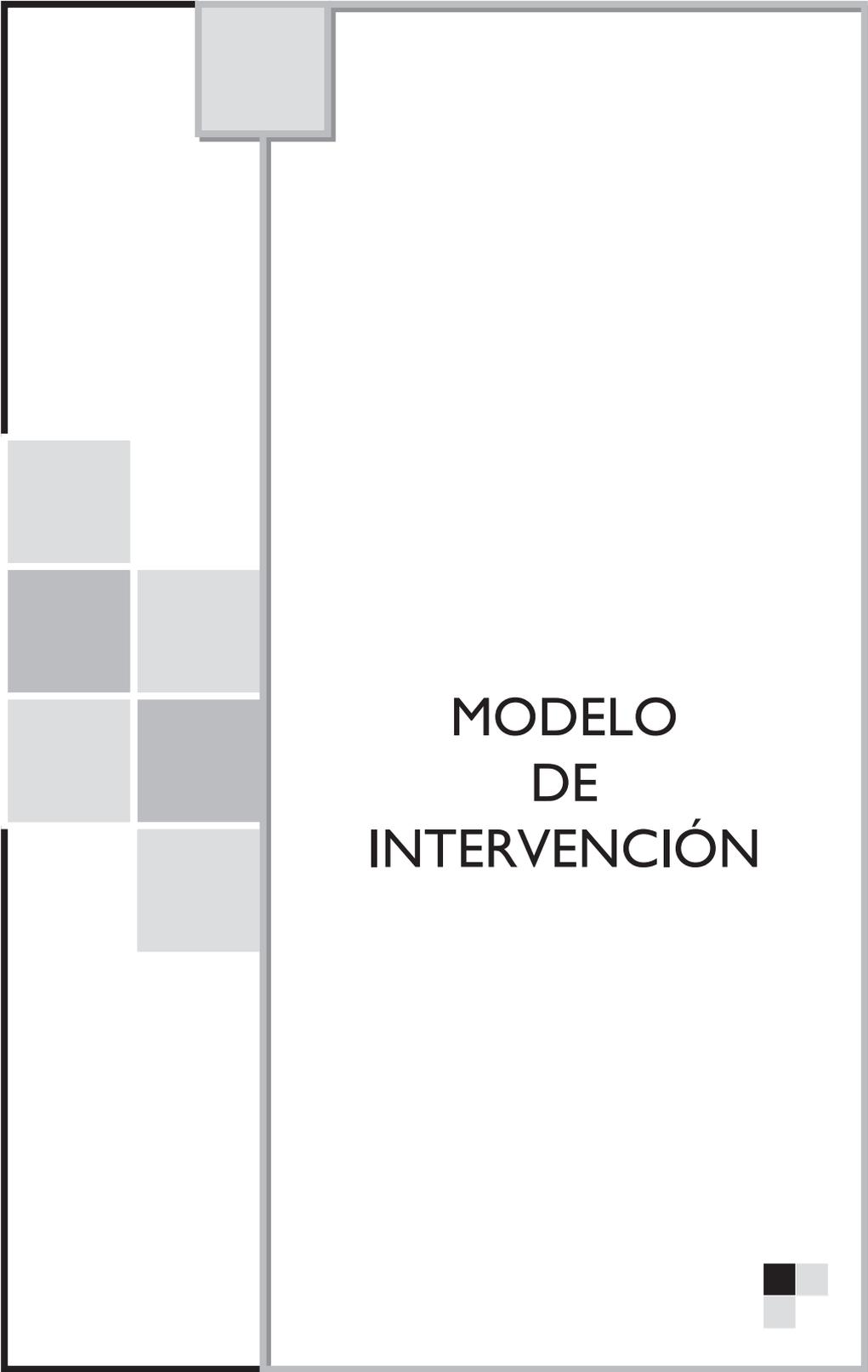
Influencias negativas de las redes sociales	(F)	(%)
No hay influencias positivas	144	57
Sí, reencuentros con conocidos	45	18
Sí, integración social	55	22
Otros	6	2,4
Total	250	100

Fuente: encuesta en colegios públicos y privados de la Ciudad de La Calera. Córdoba. Año 2016.

Tabla 2: Distribución de las encuestas según conocimientos acerca de las influencias negativas de las redes sociales virtuales en sus hijos adolescentes..

Influencias negativas de las redes sociales	(F)	(%)
No	39	15,5
Sí, cambios de conductas	56	22,4
Sí, falta de colaboración	60	24
Aislamiento	39	15,6
Secuestros virtuales	9	3,6
Discriminaciones	20	8
Amenazas	11	4,4
Acosos	16	6,4
Total	250	100

Fuente: encuesta en colegios públicos y privados de la Ciudad de La Calera. Córdoba. Año 2016.



MODELO
DE
INTERVENCIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A TURISTAS CON MAL DE ALTURA PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

Autoras , Estela del Valle¹.

RESUMEN

El mal de altura (MA), constituye un problema de salud global cuya incidencia está en aumento debido a la facilidad para realizar viajes y el incremento de las actividades turísticas que permiten una rápida exposición a la altura sin aclimatación previa. En Argentina, precisamente en el norte, por año se arrojan miles de visitas a ciudades (La Quiaca, Humahuaca, Tilcara, Purmamarca) superando cifras anteriores cada año, y se pudo observar que personas que visitan el lugar suelen padecer MA, lo cual puede tornarse peligroso.

Sin embargo, en la actualidad enfermería no acostumbra a plasmar estos cuidados que realiza en los pacientes, más precisamente en quienes asisten en calidad de turistas a zonas de mayor altura.

La siguiente propuesta de PROTOCOLO permitirá unificar criterios en cuanto a los cuidados que brinda enfermería a turistas que sufren mal de altura y generar así un aporte a la disciplina, estableciendo y fortaleciendo medidas de prevención y promoción de la salud en turistas y la comunidad.

Palabras Clave: Mal de Altura. Turistas. Protocolo. Cuidados de Enfermería.

Summary

Altitude sickness (MA) constitutes a global health problem whose incidence is increasing due to the ease of travel and the increase in tourist activities that allow rapid exposure to altitude without prior acclimatization. In Argentina, precisely in the north, thousands of visits to cities (La Quiaca, Humahuaca, Tilcara, Purmamarca) are thrown per year exceeding previous figures every year, and it was observed that people who visit the place usually suffer from MA, which can become dangerous.

However, nursing is currently not used to capture these care performed in patients, more precisely in those who attend as tourists to areas of greater height.

The following PROTOCOL proposal will allow to unify criteria regarding nursing care for tourists who suffer from altitude sickness and thus generate a contribution to the discipline, establishing and strengthening health prevention and promotion measures for tourists and the community.

Keywords: Altitude Sickness. Tourists. Protocol. Nursing Care.

Equiparar el tamaño de letra en ambos resúmenes ...

1. Lic. en Enfermería. Docente de las Cátedras: Investigación y Taller de Trabajo Final. Esp. en Administración y Gestión en Enfermería. Investigador Categoriado V. Secretaría de Ciencia y Tecnología de Escuela de Enfermería. FCM. UNC.

INTRODUCCIÓN

El Mal de Altura (MA) conocido también como Mal de Montaña, mal de páramo, soroche, apunamiento, puna o babiao es una enfermedad que afecta a personas que ascienden de manera rápida a una gran altura, en la mayoría de los casos deportistas y turistas. Botella, Espacio & Aguilera (2015), definen el mal de altura (MA) o mal de montaña (MM) como el cuadro clínico provocado por la hipoxia hipobárica de la gran altitud. Dicho proceso patológico es por lo general común en el ser humano cuando éste se sitúa por encima de los 2.500 mts. sobre el nivel del mar. Si bien las manifestaciones suelen ser de carácter leve, el MA puede presentar dos formas graves que amenazan la vida: una es un edema pulmonar no cardiogénico (edema pulmonar de la altitud), y otra una encefalopatía grave (edema cerebral de la altitud), este último en muy rara ocasión.

El mal de altura, constituye un problema de salud global cuya incidencia está en aumento debido a la facilidad para realizar viajes y el incremento de las actividades turísticas que permiten una rápida exposición a la altura sin aclimatación previa. En un estudio realizado por Martin (2010) se estima que alrededor de un 9-25% de las personas que ascienden rápidamente por encima de los 2.500 mts. sufren Mal de altura. Esta incidencia tiene una relación directamente proporcional a la altura alcanzada; por encima de los 3000 mts. que oscila entre el 13-42%. Entre los 4500-5000 mts. de altura casi la mitad de las personas que ascienden a esas cotas padecen Mal de Altura.

En el mal de altura se puede diferenciar dos variantes, el mal agudo de altura o montaña (MAM), y el mal crónico de montaña (MCM). Generalmente tanto el término mal agudo de montaña como el mal de altura se emplean de forma indistinta. El mal crónico de montaña (MCM), también conocido como enfermedad de Monge, es un trastorno producido por una escasa presión atmosférica y una menor disponibilidad de oxígeno de manera prolongada en el tiempo.

La Academia Peruana de Medicina también llama al mal crónico de montaña, como enfermedad de Monge en honor al Dr. Medrano Monge que, en 1925, describió la sintomatología del primer caso diagnosticado como tal. En este caso y a diferencia de su variante aguda, el MCM se desencadena como consecuencia de una excesiva cantidad de eritrocitos y, por consiguiente, un valor anormalmente alto del hematocrito.

Cuando el organismo no es capaz de aclimatarse, pueden desarrollarse

alteraciones en el estado del paciente, estas manifestaciones potencialmente o no, requieren un tratamiento urgente, para evitar complicaciones severas. Estos síntomas del Mal de Altura son inespecíficos, pero en su diagnóstico requiere la presencia de cefalea junto con algún síntoma de los siguientes: anorexia, náuseas, vómitos, trastornos del sueño, mareo, vértigo, fatiga.

Si bien la cefalea es la complicación más frecuente ante una exposición a la altura, ésta puede aparecer además de asociada al MA, de forma aislada, en cuyo caso se denomina cefalea de elevada altitud y el criterio diagnóstico comprende una de las siguientes características: dolor bilateral, frontal o fronto-temporal, dolor sordo u opresivo e intensidad leve o moderada. Este dolor de cabeza producido por una elevada altitud o asociado al MA suele empeorar con el ejercicio físico y el movimiento de cabeza y cuerpo en general. Tiene un carácter pulsátil y es relativamente frecuente entre los sujetos que ascienden a altitudes por encima de los 2500 metros (30-75%). Es común que ocurra un pico de dolor durante la noche o al despertar en al menos un 25% de estas personas. En mujeres y personas con cefaleas habituales se intensifica esta dolencia.

El insomnio es el segundo síntoma más frecuente tras la cefalea en el MA y al menos un 10% de los sujetos que ascienden por encima de 3500 metros lo presentan. Se reduce la eficiencia del sueño cambiando el patrón de sueño profundo, por un sueño ligero y más fragmentado. Este insomnio es multifactorial y además de la altura, causante de un patrón respiratorio alternando hipoxia, hiperventilación e hipocapnia o respiración de Cheyne-Stokes; la propia cefalea, el cansancio físico, las condiciones ambientales o los ruidos u olores de un campamento de montaña habituales pueden favorecerlo.

La anorexia es también un frecuente síntoma derivado de la reducción en la ingesta calórica y por consiguiente una pérdida de peso incluso en personas sanas. Esta condición no es exclusiva del MA, puesto que depende principalmente de la hipoxia continuada y, por tanto, efectos similares, nutricionalmente hablando, han sido descritos en problemas respiratorios a nivel del mar. Prueba de ello es que la suplementación con oxígeno induce una ganancia de peso en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). A parte de esa disminución en la ingesta en ambos sexos de hasta un 33% en grandes alturas (4300 mts.), existen cambios en los patrones y preferencias alimenticias que afectan a la palatabilidad de todos los grupos de alimentos a excepción de las comidas dulces.

La altitud tiene un efecto diurético al disminuir la hormona antidiurética,

por consiguiente, existe una pérdida importante de líquido y sodio acentuado además por las pérdidas insensibles propiciadas por el ambiente y se conoce como respuesta diurética a la hipoxia. Esto se produce durante las primeras horas de exposición a la altura, pero en estancias prolongadas las tasas de excreción renal de líquido y sodio caen por debajo de lo común a nivel del mar.

Como se dijo en la definición el factor principal para el desarrollo de esta sintomatología es la hipoxia y tradicionalmente se creía que el MA era el resultado exclusivo de este elemento, pero estudios recientes sugieren que la baja presión atmosférica también contribuye al desarrollo de esta patología, tanto la prevalencia como la gravedad del MA es más alta en condiciones de hipoxia hipobárica que en condiciones de hipoxia normobárica.

Es cierto que el mero hecho de exponerse a la altura dificulta la respiración, pero cuando ésta se ve afectada incluso en reposo, indica una mayor gravedad que puede evolucionar a ortopnea. En su origen, una tos productiva puede derivar en la expectoración de secreciones espumosas y rosadas llegando hasta la hemoptisis. Los estertores son el resultado de la acumulación de líquido en los bronquios, y a pesar de que la fiebre y el dolor sean menos indicativos de la enfermedad, pueden aparecer en igual medida.

Entre los factores de riesgo que se presentan se encuentran los enunciados por Diego del Amo (2016-2107).

- El ejercicio intenso: En altitud disminuye la saturación de oxígeno favoreciendo la aparición del MA en detrimento de la oxigenación sanguínea y ayudando a la retención de líquidos.
- La obesidad: Responde a la mayor desaturación que presentan éstos durante el sueño nocturno.
- Las personas diabéticas: Requieren mayor monitorización estrecha de su glucemia y un incremento progresivo de las necesidades de insulina.
- EPOC: La hipertensión pulmonar o una baja respuesta ventilatoria a la hipoxia si tienen una clara relación con el MA, aunque hasta la fecha no se ha demostrado que ser fumador sea perjudicial en el ascenso.
- La edad: Puesto que los jóvenes tienden a realizar ejercicio físico más extenuantes y de mayor intensidad, o bien por la inexperiencia que incline a los sujetos a seguir progresando en la ascensión a pesar de la aparición de los

primeros síntomas. En edades más tempranas existe hasta un 100% más de incidencia de MA en niños de 6 a 48 meses y un 50% más en adolescentes de 13-18 años, debido a su susceptibilidad a la hipoxia.

El riesgo que puede conllevar ascender a una elevada altitud en aquellos individuos que sufran determinadas patologías cardiorrespiratorias, neurológicas o metabólicas, que puedan descompensarse como consecuencia de la hipoxia, es un tema importante para tener en cuenta tanto para la prevención como para el tratamiento que deben realizarse de manera individualizada y no sólo teniendo en cuenta la salud del paciente, sino también las condiciones externas, los posibles peligros y la disponibilidad de asistencia médica.

La prevención de la enfermedad de la altitud y de sus formas graves, consiste en una combinación tanto de medidas no farmacológicas como farmacológicas, según Maglia (2002):

Sacar sangre

aquí **No Farmacológicas:** tener en cuenta si existen Antecedentes patológicos: como enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar, EPOC severo, asma mal controlado, anemia falciforme, diabetes. Ascenso gradual: La variabilidad individual en la aclimatación y en la susceptibilidad de padecer mal de altura, hacen que las recomendaciones, generalmente eficaces, no garanticen la prevención de la enfermedad en todos los viajeros de gran altitud. Pre-aclimatación: Estas estrategias de pre-aclimatación tienen efectos beneficiosos pero su implementación suele ser bastante complicada. Entrenamiento muscular inspiratorio: se reduce la fatiga de los músculos inspiratorios tras el ejercicio en condiciones de hipoxia y se atenúa la disminución de la saturación arterial de oxígeno. Alimentación: Se recomienda realizar una dieta variada que contenga un alto porcentaje en hidratos de carbono. Una dieta alta en carbohidratos reduce los síntomas del mal agudo de montaña en un 30%. Evitar comidas copiosas, alcohol y sedantes-hipnóticos. Asegurar una correcta hidratación. Preparación Física: evitar el ejercicio intenso.

Sacar sangre

aquí **Farmacológicas:** Debe administrarse en función del riesgo de padecer la enfermedad, en base a las características del viaje planeado, a la altitud alcanzada, a los días de descanso. Cumplir con las medidas no farmacológicas resulta imposible debido a factores de logística y planificación del viaje. Es importante saber que la profilaxis no evita el cumplimiento de las recomendaciones anteriores, sino que deben utilizarse de manera complementaria. Entre las más utilizadas: acetazolamida, dexametasona, nifedipina, salmeterol.

Una vez instaurado el MA, el tratamiento debe ser aplicado a la mayor

brevidad posible. Es decir que entre las intervenciones no farmacológicas más comunes podemos mencionar: reposo, oxígeno, descenso gradual, cámara hiperbárica. Las intervenciones farmacológicas comprenden: acetazolamida, dexametasona, nifedipina, ibuprofeno/aspirina, óxido nítrico y furosemida.

El uso de las hojas de coca para propósitos medicinales lleva siglos de tradición a sus espaldas en las poblaciones de Sudamérica. Muchos piensan que los productos de coca benefician a los que realizan actividades en altura sin ninguna clase de riesgo. La hoja de coca es una planta alcaloide que presenta entre sus componentes, cocaína y ha sido utilizada y lo es actualmente entre la población sudamericana, especialmente en aquéllos que residen a altitudes elevadas. La función más conocida de esta planta está en la mejora del rendimiento en el trabajo al reducir la fatiga, aliviar la sed y el hambre e incrementar la sensación de energía. También existe un incremento en la captación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el intercambio gaseoso, además de una reducción de la secreción de insulina en reposo. El uso de hojas de coca es utilizado por un gran número de personas que viajan a países de Sudamérica y es recomendado por los locales como un método preventivo contra el MA a pesar de que no existen aún datos que soporten la teoría de su efectividad (Saccavino, 2013).

El 75% de la población boliviana que vive por encima de los 4.000 mts. mastica hoja de coca. Esta cifra se reduce al 20% cuando se desciende a 2.400 mts. y a tan sólo un 3% a nivel del mar. En un estudio realizado en el 2012 sobre su consumo, Conway, Evans & Weeraman (2012), vieron que el 41% de los sujetos refería que lo tomaba como método preventivo y el 22% para tratar sus síntomas. En este estudio, las hojas de coca fueron utilizadas por un 63% de las personas que buscaban tratar o prevenir el mal de altura. Es un número mucho mayor en comparación con los que tomaron acetazolamida, los cuales no llegaron al 17%. Cabe destacar que los sujetos que emplearon la hoja de coca fueron más propensos a reportar síntomas el MA, Biondich y Joslin (2015), puesto que los efectos de la cocaína en la vascularización pulmonar y cerebral incrementan el riesgo de MA, otros problemas derivados de la altura y arritmias en grupos de alto riesgo.

En cuanto al tratamiento se debe comprender que la única forma de mejorar significativamente las condiciones del afectado es el descenso a alturas inferiores; cualquier descenso de incluso 200 o 300 metros es un cambio importante en la incidencia y significancia de los síntomas Undurraga & Undurraga (2003), en caso de que esto no sea posible, existen algunos tratamientos que pueden ayudar a mejorar las condiciones del afectado.

En cuanto a los tratamientos con medicamentos y otros, principalmente se ha utilizado la acetazolamida para prevenir los síntomas del MAM en turistas, excursionistas, escaladores o cualquier persona que se exponga a cambios de altitud importantes; de acuerdo con la información reportada en la literatura, la acetazolamida previene el MAM por el aumento de la unidad de ventilación mecánica propuesta por la acidosis metabólica considerando, siempre que el tratamiento farmacológico sólo puede ser administrado por un médico y en ningún caso, por el propio tratado ni por un guía de turismo.

Rodríguez (2017) cuando habla de la administración de oxígeno cita a Undurraga & Undurraga (2003), quienes establecen que como complemento o coadyuvante en muchos casos se administra oxígeno con el fin de disminuir la hipoxia, pues con su administración se logra disminuir la presión de la arteria pulmonar entre un 30 y 50% disminuyendo así también las posibilidades de desarrollar HAPE (edema pulmonar por mal de montaña), sus dosis y administración dependerán de la altura alcanzada y de la sintomatología del afectado.

La Wilderness Medicine Society (2012), en sus recomendaciones para tratar y prevenir el MA, incluye la coca dentro de la categoría de “otras opciones” frente a la prevención del MA. Sin embargo, dada la falta de pruebas e investigación sobre este producto, no debe en ningún caso sustituir otros tratamientos con eficacia comprobada ya que, además de los problemas de la cocaína que ya de por sí presenta, podría disminuir la percepción de los síntomas del MA y dificultar su diagnóstico.

Los visitantes deben ser informados, alertados y sensibilizados acerca de los elementos aledaños a la visitación en zonas de altura para evitar las sorpresas desagradables y evitar el deterioro de la experiencia turística.

En general, las insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal, las cardiopatías cianógenas o las que cursan con hipertensión pulmonar severa, así como la anemia de células falciformes pueden representar la contraindicación absoluta de un ascenso a gran altitud. Los profesionales de la salud también deben valorar el riesgo que puede conllevar ascender a una elevada altitud en aquellos individuos que sufran determinadas patologías cardiorrespiratorias, neurológicas o metabólicas, que puedan descompensarse como consecuencia de la hipoxia, así como tratamientos farmacológicos Garrido (2017).

Muchos viajeros se destacan por el uso de coca antes que otras sustancias, aunque sus razones no están claras aún. Por ejemplo, se piensa que serán reacios a tomar medicación sintética en favor de lo que ellos consideran una

alternativa natural. También pueden verse influidos por la facilidad con la que los nativos consumen esta sustancia. Llegar a la conclusión de que existen beneficios de esta medicina tradicional. Además, la disponibilidad de hojas de coca en algunos casos puede ser mucho más accesible que la de la acetazolamida. Es tan popular y accesible que incluso es ofertada por algunos hoteles en forma de té, o en comidas en determinados restaurantes. Sin embargo, a pesar de la abundante publicidad sobre ella, menos de una cuarta parte de sus consumidores conocían los componentes de la hoja de coca.

En cualquier caso, aún es necesaria más investigación para determinar si la hoja de coca puede incluirse dentro de la variedad de tratamientos contra el MA.

El tratamiento más simple y a veces el más olvidado es el reposo. Ante cualquier posible síntoma del MA no se debe seguir ascendiendo y si los síntomas no mejoran es recomendable descender entre 300 y 1.000 mts.

Como se ha comentado al inicio, uno de los síntomas más comunes del MA son los trastornos del sueño que se asocian con despertares frecuentes y repentinos, sensación de agobio y sofocación alterando la calidad del sueño y el rendimiento durante el día. Durante la noche, la hipoxia induce una hiperventilación que disminuye los niveles de PCO_2 . Cuando estos niveles caen por debajo de lo que se conoce como umbral de apnea, la respiración se detiene hasta que la PCO_2 se eleva y vuelve a estimular la respiración. No se recomienda el uso de sedantes antes de dormir ya que generalmente deprimen el centro respiratorio durante la noche a excepción del temacepam y el zolpidem, aunque la acetazolamida y la teofilina siguen siendo el medicamento de primera elección para los trastornos del sueño. En un estudio de Louis, Bengyella, Waikhom, Allie & Rey (2015) se comprobó que añadiendo 500 ml. de espacio muerto respiratorio, mejoraba la respiración nocturna a gran altitud en montañeros con trastornos respiratorios del sueño severos. No así en aquéllos que presentaban sólo trastornos moderados. Esta máscara mantiene una reserva de CO_2 que previene la caída de sus niveles por debajo del umbral de apnea.

Tratar el mal de Altura en los pacientes con esta afección, requiere de un equipo multidisciplinario pero el abordaje de enfermería conlleva real importancia.

En Argentina, precisamente en el norte del país, según la Secretaria de Turismo por año las cifras indican miles de visitas hacia esas ciudades superando a

las de años anteriores. Por ejemplo, en La Quiaca, Humahuaca, Tilcara, Puramarca se puede observar que personas que visitan el lugar suelen padecer el mal de altura, lo cual puede tornarse peligroso para estos turistas que visitan el lugar, debido a los constantes cambios sociales, económicos y políticos que influyen cada vez más en el estilo de vida de las personas y de su salud.

La Quiaca es una ciudad que se encuentra a 3.442 metros sobre el nivel del mar, ubicada en el Norte de la Provincia de Jujuy, al norte de la Argentina, es cabecera del Departamento de Yavi y limita con el país de Bolivia, se encuentra conurbada con Villazón (Bolivia) de la cual está separada por el Río La Quiaca, sobre el que se encuentra el Puente Internacional Horacio Guzmán. Es la ciudad más importante de la puna jujeña, tiene aproximadamente 50.000 habitantes. Es un lugar de visita y de paso para Bolivia, Perú y otros países aledaños.

Su nombre proviene de “Quisca” en lengua aimara, que significa piedra cortante para tasquear ganado. La ciudad de La Quiaca cuenta con todos los servicios básicos de una Ciudad (luz, agua potable, cloacas, Internet) y se accede a ella por la ruta nacional N° 9.

Su geografía es la puna, comprende un grupo de mesetas elevadas a unos 3.500 metros sobre el nivel del mar. Mayormente su clima es árido, desértico, con vientos fríos que soplan todo el año; tiene, sin embargo, zonas menos hostiles, donde crece el pasto y permiten que se alimenten los ganados, las llamas, las ovejas y se cultiven algunos productos. El clima en invierno muestra temperaturas que oscilan entre los - 6° C (bajo cero) en la madrugada y al mediodía las temperaturas oscilan en promedio de 15°. En verano la temperatura máxima promedio es 19,9° y temperatura mínima establece un promedio de 6°.

La Quiaca, además, tiene importancia turística por la cultura de la gente que la habita, sus costumbres (la pachamama, el carnaval, la manca fiesta, festividades de algunos santos, como San Santiago Apóstol), sus comidas tradicionales (la tistincha, la calapurca, el api, los tamales, etc.).

El personal de salud y guías del lugar indican a los turistas que deben permanecer al menos dos o tres días en sitios donde su cuerpo desconozca el nivel de altura, principalmente si luego se continuará en esas alturas por varios días más. Para quienes planifiquen el viaje a esta ciudad, se recomienda visitar lugares con alturas más bajas que el punto de visita y permanecer entre 24 y 48 horas, para darle tiempo al cuerpo y acostumbrarse a las nuevas condiciones. Esto permitirá retomar el viaje con total tranquilidad.

También recomiendan respetar los tiempos del propio cuerpo para adaptarse a las condiciones de altura. Quienes más conocen aconsejan también tomar ciertas precauciones, como evitar el alcohol, no abusar de la sal en las comidas, evitar los sedantes (porque reducen la frecuencia respiratoria) y, por supuesto, no sobreexigir al cuerpo con actividad física intensa. Los lugareños suelen ofrecer hojas de coca para mascar o el clásico té de hojas de coca, que ayuda notablemente a reducir la fatiga, cansancio e insomnio. Para poder disfrutar de la estadía en La Quiaca u otro pueblo de altura en Jujuy, se aconseja ser precavido ante esto, prestando especial atención a los síntomas que expresa el propio cuerpo.

Muchos de los turistas que frecuentan estos lugares de mayor altitud, con motivo de vivir experiencias o por simple curiosidad, sufren de inconvenientes de salud, como ser el mal de altura, entre otros. Estos casos en ocasiones pueden ser leves, en otros casos pueden pasar desapercibidos y los más extremos, pero en rara ocasiones, pueden llevar a la pérdida de la vida, según manifiesta el personal del hospital de la localidad.

Hay turistas que ya tienen una información o un cierto conocimiento para esta situación, brindadas por los enfermeros como modo de prevención; éstas incluyen el uso de la hoja de coca, que proviene del país vecino de Bolivia, que es un producto utilizado popularmente y se emplea para masticar o para infusión de té; también el uso de pupusa que es una planta autóctona del lugar, té Santa María; además, ingieren fármacos en comprimidos como la aspirina; todos hacen que no se agraven los síntomas.

En cuanto al desarrollo de las actividades de enfermería en el hospital, se observó que los enfermeros de la zona reciben a turistas en la guardia, sin tener protocolos de actuación establecidos para poder llevar a cabo una adecuada y eficaz atención de los pacientes que ingresan a consultar por esta enfermedad (MA), por lo que su atención se torna de forma espontánea.

Por lo general, el tratamiento farmacológico es no farmacológico y sintomático, ante el dolor o si padece alguna enfermedad de base por ejemplo hipertensión.

Se deriva a un hospital de mayor complejidad sólo cuando no logra estabilizarse lo suficiente como para adaptarse al ambiente (sin oxígeno).

Ante tal situación, se detectó la necesidad de elaborar pautas de cuidados enfermeros.

Situación y/o necesidad de la organización hospitalaria contar con un: **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN DE TURISTAS CON MAL DE ALTURA.**

Muchos de los turistas que frecuentan estos lugares de mayor altitud, con motivo de vivir experiencias, sufren de inconvenientes de salud, como por ejemplo el mal de altura entre otros. Estos casos, en ocasiones pueden ser leves; en otros casos pueden pasar desapercibidos y los más extremos, pero en rara ocasiones, pueden llevar a la pérdida de la vida, según manifiesta el personal del hospital de la localidad.

En cuanto al desarrollo de las actividades de enfermería en el hospital se observó que los enfermeros de la zona reciben a turistas en la guardia, sin tener protocolos de actuación establecidos para poder llevar a cabo una adecuada y eficaz atención a los pacientes que ingresan a consultar por esta enfermedad (MA), por lo que su atención se torna de forma espontánea.

OBJETIVO

- Contar con un protocolo de actuación de Enfermería para los turistas ingresados a la institución que padecen Mal de Altura.

Sacar sangría en este subtítulo

Población que abarca el Protocolo de Cuidados

- Todos los turistas ingresados que padecen Mal de Altura.

Sacar sangría en este subtítulo

Responsables de la aplicación del Protocolo

- Todo el personal de enfermería de la institución que preste atención directa, que realice recepción, valoración, cuidados y evaluación del turista.

Sacar sangría en este subtítulo

Insumos necesarios

- Protocolo de actuación de Enfermería impreso:
- Lapicera o bolígrafo.
- Hojas de Registro de Enfermería (Informe de Enfermería).

Sacar sangría en este subtítulo

Lugar o espacio físico: Servicio de Guardia

Sacar sangría en este subtítulo

Monitoreo y valoración de la aplicabilidad del Protocolo

Número de turistas valorados por medio del protocolo
-----X100 =
Número de turistas ingresados en la unidad o servicio

Número de turistas con signos y síntomas de Mal de Altura reportados y
resueltos por medio del protocolo
-----X100 =
Número de pacientes ingresados en la unidad o servicio

CONCLUSIÓN

La protocolización, entendida como una metodología o como una técnica, precisa un aprendizaje y un entrenamiento práctico como cualquier otro aspecto de la ENFERMERIA, sobre todo si se pretende que tenga una base científica. La enorme importancia de estos aspectos se explica porque al ser el protocolo una herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones en la consulta se aplicará a los pacientes.

La utilidad de seguir un esquema o modelo estándar ya validado para el diseño y elaboración de los protocolos viene justificada porque permite la prevención de defectos al asumir requisitos mínimos que todo protocolo debe cumplir, con lo que se conseguiría mejorar su calidad estructural, y homogeneizar el resultado final o documento del protocolo.

La construcción de un protocolo implica fases o etapas, la propuesta es una iniciación no acabada que puede ser mejorada toda vez que los Enfermeros la utilicen como guía de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aeberli, I. et al. (2013). *Disturbed eating at high altitude: influence of food preferences, acute mountain sickness and satiation hormones*. Eur. J Nutr; 52 (2):625-635.

 Biondich, A. S., Josli, J. D. & Coca. (2015). *High Altitude Remedy of the Ancient Incas*. Wilderness Environ Med. DEC; 26 (4):567-571.

 Botella, J., Espacio, A. y Aguilera, L. (1995). *Medicina para montañeros*. Valencia: F.V. Montañismo.

Calama Rodríguez, L. (2011). *Avances en la prevención y tratamiento del mal de altura*. Evidentia: Revista de Enfermería basada en la evidencia; 8 (34):18; 18.

Carod-Artal, F.J. (2014). *Cefalea de elevada altitud y mal de altura*. *Neurología*; 29 (9):533-540.

Conway, R., Evans, I. & Weeraman, D. (2012). *Assessing Travelers' Knowledge and Use of Coca for Altitude Sickness*. *Wilderness Environ Med.*; 23(4):373-374.

Di Pasquale, D. M., Strangman, G. E., Harris, N. S. & Muza, S. R. (2016). *Acute Mountain Sickness Symptoms Depend on Normobaric versus Hypobaric Hypoxia*. *Biomed Res. Int.*:1-9.

Frisancho, D. & Frisancho, O. (1992). *Las investigaciones de la altura en el Perú*. *Revista Médica Herediana* 1992; 3 (2):74-7.

Gatterer, H., et al (2013). *Association between Body Water Status and Acute Mountain Sickness*. *Plos One*; 8 (8): e73185. doi: 10.1371/journal.pone.0073185.

García, M. R., Medina, R., Navarro, R., Brito, M. E. & Ruiz, J.A. (2012). *Enfermedad de las grandes alturas*. p.76-80. Disponible en:

 Quitar esta sangría y dejarlo parejo a la misma altura. <http://docplayer.es/18205702-Enfermos-pulmonares-o-cardiacos-gran-altitud-2-440-a-4-270-zona-umbral-para-desarrollar-ega-por-pao-2.html>

Garrido, E. (2017). *Mirando a La Montaña*. *Revista Clínica Española* [internet].; 210 p.524-7. Disponible en:

 Quitar esta sangría y dejarlo parejo a la misma altura. <http://www.revclinesp.es/es/mirando-montana/articulo/S0014256510003589/>

  Goldfarb-Rumyantzev, A. S. & Alper, S. L. (2014). *Short-term responses of the kidney to high altitude in mountain climbers*. *Nephrol Dial Transplantr*; 29 (3):497-506.

Lovis, A., et al. (2012). *Effect of added dead space on sleep disordered breathing at high altitude*. *Sleep Med*; 13(6):663-667.

Luks, A. M., Swenson, E. R. & Bartsch, P. Acute (2018). *High-altitude sickness*. *European Respiratory Review*; Disponible en:

 Quitar esta sangría y dejarlo parejo a la misma altura. <https://doaj.org/article/11d2379475664afc868352503a080708>

Martín, S. (2010). *Factores de riesgo y manifestaciones clínicas del mal de altura*. *Evidentia: Revista de Enfermería Basada en la Evidencia*;7.

Nussbaumer-Ochsner, Y., Schuepfer, N., Ursprung, J., Siebenmann, C., Maggiorini, M. & Bloch, K. (2012). *Sleep and breathing in high altitude pulmonary edema susceptible subjects*. *Meters. Sleep*; 35 (10):1413-1421.

 Pérez Porto, J. & Gardey, A. (2012). *Definición de cuidados de enfermería*. Disponible en: <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria>

Proaño, A. & Ruiz, E. F. (2014). *Enfermedad de monge: ¿un epónimo en olvido?* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; 31 (2):394.

Schommer, K., Hammer, M., Hotz, L., Menold, E., Bärtsch, P. & Berger,  M. (2012). *Exercise intensity typical of mountain climbing does not exacerbate acute mountain sickness in normobaric hypoxia.* J Appl Physiol; 113(7):1068.

Salazar, H., Swanson, J., Mozo, K., Clinton, W.A. & Cabada, M. M. (2012). *Acute mountain sickness impact among travelers to Cusco, Perú.* Travel Med; 19(4):220-225.

Simon, R. B. & Simon, D.A. (2014). *Illness at high altitudes.* Nursing; 44 (7):36-42.

West,  J. B. (2012). *High-altitude medicine.* Am J Respir Crit Care Med; 186(12):1229-1237.

ANEXOS

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CUIDADOS DE ENFERMERIA A TURISTAS CON MAL DE ALTURA
FASE 1 – RECEPCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Saludar al turista utilizando voz cordial transmitiendo confianza y seguridad.• Indagar acerca del tiempo que permanece en la zona o región a los fines de valorar su capacidad de adaptación.• Solicitar información acerca de las características demográficas de donde proviene (llanura, mar, montaña etc.).• Preguntar nacionalidad para ver necesidad de otros modos de comunicación.• Ofrecer un ambiente adecuado para no aumentar su nivel de stress.• Obtener información si se encuentra solo o acompañado.• Permitir que el familiar o acompañante permanezcan con el turista.• Indagar acerca del motivo de la consulta.• Identificarlo mediante el registro de datos personales.• Realizar anamnesis general de su estado.• Interrogar sobre la existencia de alguna patología de base.• Averiguar si realiza algún tratamiento farmacológico previo.• Indagar los síntomas manifestados al ingreso a la guardia (fiebre, cefalea, escalofríos, vómitos).• Realizar la primera valoración cefalocaudal.• Brindar información adecuada para su tranquilidad.• Brindar información de la importancia de realizar un ascenso de forma gradual.• Enseñar un adecuado entrenamiento de la musculatura inspiratoria.• Enseñar cómo lograr una correcta aclimatación.• Valorar el uso de quimioprofilaxis.• Recomendar al turista una hidratación y alimentación variada.• Orientar y contener al familiar sobre la situación.• Registrar la recepción con un informe breve que oriente cuidados posteriores necesarios.

FASE 2 – VALORACIÓN

- Realizar una segunda valoración más exhaustiva.
- Aplicar el triage, clasificando según la prioridad.
- Valorar el riesgo de aquellos que sufran determinadas patologías cardiorrespiratorias, neurológicas o metabólicas.
- Valorar en busca de signos y síntomas de cefalea, náuseas, vómitos, astenia
- Observar dificultad para respirar que indique una oxigenación inadecuada (tos persistente, disnea).
- Observar dificultad para mantenerse en equilibrio (ataxia).
- Valorar el estado de conciencia en busca de signos de mareo, vértigo, desorientación.
- Aplicar guía de puntuación de Mal Agudo de Montaña (Ver Anexo).
- Evaluar puntuación si es de 1 a 2 puntos. Si los síntomas se reducen pasados 60-120 minutos, intentar el descenso proveyendo ayuda en caso de ser necesario.
- Detectar y reportar signos y síntomas de gravedad.
- Si la puntuación obtenida es superior a 2 puntos iniciar FASE 3 de ATENCIÓN

FASE 3 – ATENCIÓN

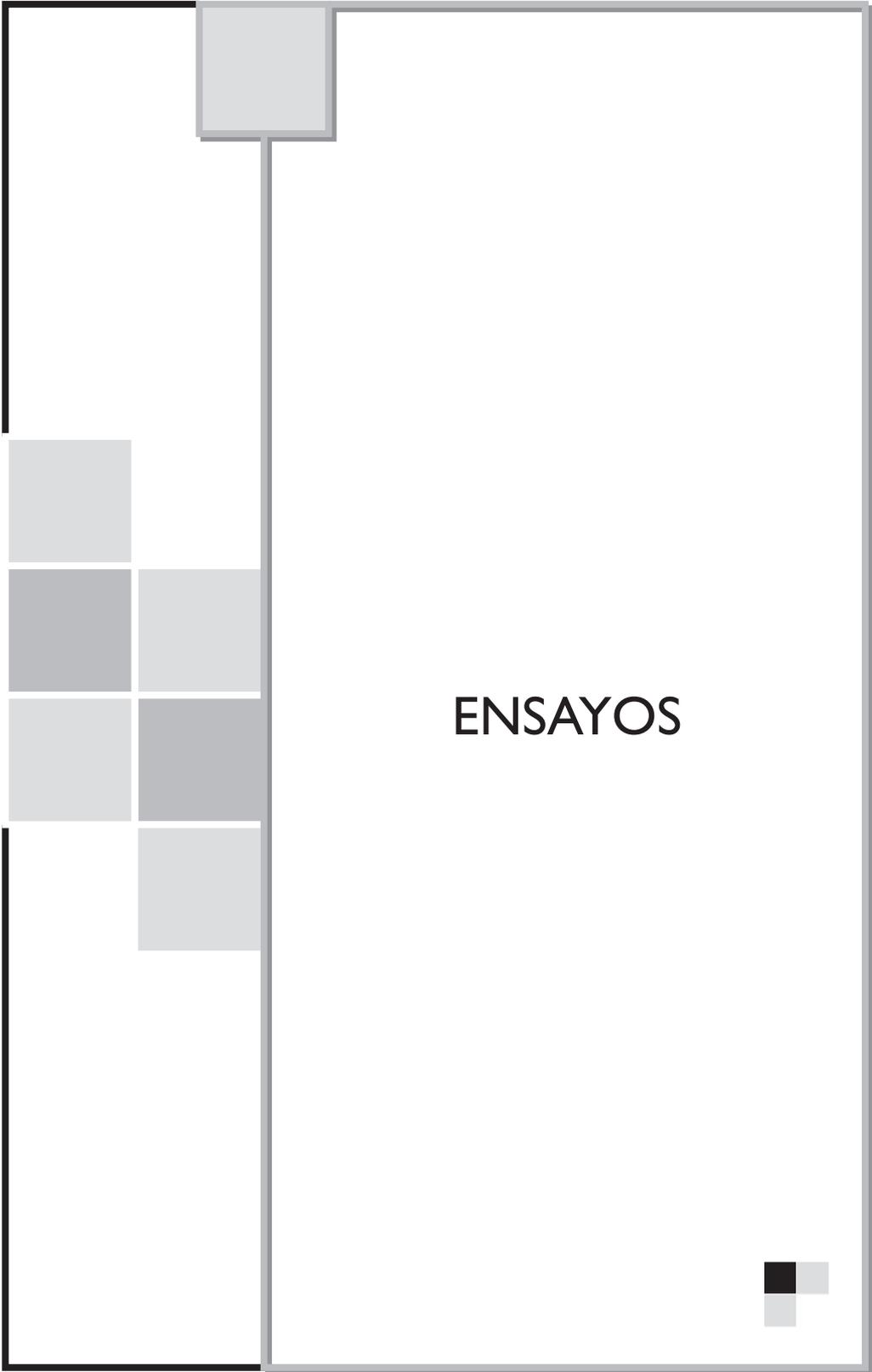
- Controlar y registrar estrictamente cada 3 hs. los signos vitales.
- Vigilar y mantener las vías aéreas permeables.
- Realizar control de la Saturación de Oxígeno.
- Colocar al paciente en una posición a 45°.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Ayudar a mantener la respiración de forma tranquila.
- Proporcionar oxigenoterapia.
- Disponer de cámara hiperbárica portátil. Ofrecer terapia con cámara hiperbárica.
- Descartar Edema Pulmonar de la Altitud.
- Colocar según indicación médica una vía intravenosa de gran calibre, con doble entrada para administración de medicamentos y extracción de sangre para estudios de laboratorio.
- Administrar medicación según prescripción médica.
- Vigilar la eficacia y los efectos adversos de la medicación administrada.
- Ayudar a lograr la incorporación gradual a sus actividades.
- Informar en qué casos deberá regresar para su posterior reevaluación.
- Reevaluar control de signos vitales y observación antes de su egreso del hospital.
- Consignar de manera escrita las condiciones en que egresa y con quién se retira de la institución.

FASE 4 – EVALUACIÓN

- Evaluar la respuesta del paciente a los cuidados brindados.
- En caso de mejoría de los síntomas informar al paciente que si reaparecen debe consultar nuevamente.
- En caso de no presentar mejoría informar al médico para consensuar la derivación a hospital de mayor complejidad.
- Registrar la evaluación final con un informe breve que oriente cuidados necesarios posteriores.
- En caso de derivación consignar quién acompaña al turista, estado general y lugar donde se lo deriva.

Puntuación del Mal Agudo de Montaña		
Síntomas		Puntos
Cefalea	Ligera (cede con 500 mg. de Paracetamol).	1
	Severa (no cede con 500 mg. de Paracetamol).	2
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño; sueño intermitente.	1
Tos	Tos seca.	1
	Tos con expectoración espumosa hemorrágica.	3
Vértigo-mareo		1
Náuseas-anorexia	(Falta de apetito).	1
Vómitos		2
Ataxia	Dificultad para mantener el equilibrio.	1
	Prueba de la marcha punta-tacón y/o Romberg (+).	2
	Caída al suelo y/o imposibilidad de levantarse.	3
Disnea	Dificultad para durante el esfuerzo. Frecuentes paradas para respirar.	2
	Dificultad para respirar estando en reposo.	3
Astenia severa	Cansancio severo que necesita ayuda para realizar labores cotidianas.	3

Escala de Hackett (Tabla 1), donde una puntuación de 1-2 puntos implica la existencia de síntomas (MAM leve), pero no impide la ascensión del montañero. Una puntuación entre 3-5 puntos, indica una mayor sintomatología (MAM moderado), y ante esta puntuación se recomienda no continuar con la ascensión y/o individualizar el tratamiento sintomático. Cuando la puntuación es superior a 5 (MAM severo), el tratamiento médico es obligado o, si las condiciones del montañero lo permiten, hay que intentar descender. Existe una variante francesa de la Escala de Hackett donde la tos no puntúa y la ataxia es sustituida por oliguria (disminución de la diuresis o cantidad de orina), con una puntuación de 3.



ENSAYOS

AUTOCUIDADO: DESDE LA TOMA DE CONCIENCIA A LA SALUD COLECTIVA.

Autoras: Lynch, Gabriela C¹; Bianco, María Inés².

RESUMEN

El objeto es situar la Enfermería como disciplina científica; tomar de ésta su marco teórico en torno del concepto de *autocuidado* y a partir de una mirada epistemológica resituar estos saberes desde un paradigma social que incorpore el proceso subjetivo de la conciencia y la dimensión comunitaria del *buen vivir*.

Metodológicamente se siguió el proceso de investigación cualitativa y el planteo epistemológico de la Enfermera J. Fawcett.

Este análisis epistemológico teórico permite obtener dos resultados concretos en el desarrollo del andamiaje teórico de Enfermería como disciplina: por un lado, la salida del paradigma bio-médico incorporando corrientes críticas de pensamiento y por el otro, redefinir y reposicionar el rol y los aportes de la Enfermería en el ámbito comunitario ampliando así la participación profesional no sólo en los equipos interdisciplinarios de salud, sino en los espacios de planeamiento y gestión de políticas públicas.

Estos resultados permiten generar dos grandes conclusiones: una es la aplicación de este marco epistemológico al concepto de *autocuidado* y la otra es la necesidad de definir nuevos indicadores empíricos acordes a las definiciones teóricas.

Palabras Clave: Epistemología. Autocuidado. Buen Vivir. Conciencia. Enfermería.

Summary

The object is to place Nursing as a scientific discipline; take from it its theoretical framework around the concept of self-care and from an epistemological view resituate these knowledge from a social paradigm that incorporates the subjective process of consciousness and the community dimension of good living.

Methodologically, the qualitative research process and the epistemological approach of Nurse J. Fawcett were followed. This theoretical epistemological analysis allows to obtain two concrete results in the development of the theoretical scaffolding of Nursing as a discipline: on the one hand, the exit of the bio-medical paradigm incorporating critical currents of thought and on the other; redefine and reposition the role and contributions of Nursing at the community level, thus expanding professional participation not only in interdisciplinary health teams, but also in public policy planning and management spaces.

These results allow two great conclusions to be generated: one is the application of this epistemological framework to the concept of self-care and the other is the need to define new empirical indicators according to theoretical definitions.

Keywords: Epistemology. Self-care. Good living. Awareness. Nursing.

Equiparar los tamaños de letra en ambos resúmenes ...

1. Lic. en Enfermería. Jefa de Trabajos Prácticos. Escuela de Enfermería. Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC). Doctoranda en Ciencias Sociales.

2. Lic. en Enfermería. Especialista. Profesora Titular. Escuela de Enfermería. UNRC. Directora del Proyecto de Investigación SECyT 2016-2019: Prácticas de Autocuidado en Estudiantes de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La fundamentación del acto de cuidado se basa en teorías y modelos de cuidado enfermero impulsados desde la misión y la visión de cada institución formadora, acorde con la estructura curricular de la carrera. La formación no se desarrolla en un espacio atemporal; la enseñanza se da en un tiempo y una circunstancia social y cultural. La profesión no sólo proporciona un conjunto de conocimientos técnicos, sino que a partir de la formación se interiorizan esquemas mentales que conforman un habitus profesional y, por ende, una manera particular de relacionarse con el otro Arenas y Monreal (2011).

El cuidado aborda la salud y esta última está condicionada por determinantes económicos, políticos, sociales, ambientales y demográficos. Aspectos como la seguridad, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, la justicia social, la equidad de género, el respeto por los derechos humanos y la satisfacción de las necesidades básicas, son fundamentales para alcanzar un estado adecuado de salud. La promoción pretende crear conductas y estilos de vida saludables y modificar o suprimir lo que provoque daño o amenaza para la salud individual y colectiva.

Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2016), sostienen que los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. *“Las hipótesis de trabajo son, emergentes, flexibles y contextuales, se adaptan al curso de la investigación. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso circular...”* (Sampieri et al, 2016:7). Este mismo recorrido cualitativo desarrolló la enfermera Fawcett en el estudio epistemológico que guía este constructo teórico.

El desafío es situar el campo de estudio de Enfermería y de ella su contexto en torno al concepto de *autocuidado* y, a partir de una mirada epistemológica, resituar estos saberes desde un paradigma social que incorpore el proceso subjetivo de la conciencia y la dimensión comunitaria del *buen vivir*.

Quitar sangría
a este subtítulo

I. Paradigmas en salud

A priori se pueden determinar al menos dos paradigmas presentes en la disciplina de Enfermería: el paradigma biomédico y el paradigma psicosociológico; ambos asociados a una fuerte raíz positivista-empirista.

En el devenir de la evolución del pensamiento de Enfermería se experimen-

ta el paso desde una mirada centrada en la persona como individuo y el proceso salud-enfermedad en un marco restringido del ámbito del cuidado, a una mirada social que incorpora en menor o mayor grado los factores externos y comunitarios. La incorporación de las Ciencias Sociales al desarrollo teórico de la disciplina permite atraer la mirada crítica del epistemólogo Theodor Adorno quien comprende que más allá de las definiciones metodológicas de la ciencia están los metaparadigmas o cosmovisiones del mundo que configuran un sentido ético e hipotético del andamiaje teórico desde la propia definición del objeto de estudio (Mosqueda Díaz et al, 2014).

La relación *‘enfermera-paciente’* se entiende como un encuentro terapéutico guiado hacia un objetivo común que es la vivencia de experiencias de salud. Es un vínculo que se establece entre la enfermera y la persona, donde se pone el problema de salud bajo cuidado del profesional en busca de soluciones y alivio.

Evidentemente no es lo mismo concebir el *autocuidado* desde la incorporación del marco teórico basado en un conductismo positivista, que desde una mirada holística que conciba a la persona, en la evolución del concepto: *‘enfermera-sujeto de cuidado’* a *‘enfermera-sujeto de su autocuidado’*. La Enfermería es proveedora de cuidados y especialmente promotora del fomento del autocuidado en la comunidad.

Callista Roy, desarrolló la Teoría de la Adaptación tras vivenciar experiencias con niños y sus capacidades de adaptación a las situaciones más diversas. Las bases teóricas que utilizó fueron: a) la Teoría General de Sistemas de Rapoport que considera la persona como un sistema adaptativo y b) la Teoría de Adaptación de Helson que afirma que las respuestas tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. Según Roy, son cuatro los patrones adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011).

Se comprende así al *autocuidado* como un proceso educativo en medio de la comunidad que debe co-construirse con los actores; y que para desarrollar su potencial preventivo debe estar concebido en un programa de salud.

La administración de programas de salud como mero ordenamiento funcional estructuralista no pone en crisis un funcionamiento institucional, que está sujeto a permanentes conflictos. La dinámica de desarrollo de la sociedad y de la propia democracia mantiene intereses contrapuestos y en tensiones. Aparece así una dinámica que puede ser analizada desde el concepto de poder y sus múltiples mecanismos que permiten el ordenamiento o desordenamiento social, según dónde uno se sitúe.

2. Evolución gnoseológica del concepto de Autocuidado y el rol de Enfermería

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como *enfermera* a cualquier persona que brinda cuidados; así por ejemplo los primeros historia-dores dicen que las raíces de la Enfermería crecen y parten de épocas en que las religiosas prestaban cuidados a los soldados e incluso de las madres que crían a sus hijos.

La suposición de que la Enfermería es un arte innato en cualquier mujer, apreciación sesgada por una fuerte mirada de género basada en el patriarcado, ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de Enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requieren habilidades especializadas propias.

En EEUU la Enfermería como ocupación organizada se inició en 1873, con programas educativos basados en el modelo británico de Florence Nightingale. Luego, debido a los cambios político-sociales producidos en la época, Enfermería empieza a ser ejercida para beneficio de otros grupos. Fue entonces cuando la educación en Enfermería, debido a la posición dependiente de la mujer y las carencias de bases conceptuales, fue susceptible de ser controlada por médicos y administradores de hospitales. Estas fuerzas influyeron negativamente en el desarrollo de la Enfermería, que comienza a alcanzar posición profesional tardíamente.

En 1860 Nightingale desarrolla la `Teoría del Entorno`. Desde allí Enfermería busca desarrollar su campo tanto profesional como disciplinar. En lo profesional apunta a mejorar la calidad de vida atendiendo a los factores intervinientes. Desde lo disciplinar evoluciona en el terreno del conocimiento y la conceptualización de su propia herramienta teórica valiéndose de la interacción con las Ciencias Sociales.

“Las ideas globales de lo que se entiende por Enfermería han sido organizadas por J. Fawcett (1996), a través de lo que domina estructura jerárquica del conocimiento; donde sitúa de manera descendente el metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos que vinculan al mundo abstracto con el mundo concreto” (Vega Angarita, 2006:56).

Ya en 1952 Peplau con el modelo de Relaciones Interpersonales, promueve el campo de la Enfermería comunitaria revirtiendo los aspectos del cuidado biomédico, hacia la relación con la persona. Incorpora en el campo de la Enfermería, la teoría psicoanalítica, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

En 1970 Dorotea Orem engloba las necesidades de *autocuidados* específicas del desarrollo físico, social y psicológico y la necesidad de autocuidado en instancias de alteración. Resalta que en la práctica del autocuidado prima la acción intencionada y que los conocimientos que posee la persona resultan determinantes para alcanzarlo; existe un proceso en el cual las actividades son aprendidas y están relacionadas con la cultura, creencias, hábitos y costumbres del grupo al que pertenece el individuo.

El Modelo de Creencias en Salud, desarrollado en 1950 por Hochbaum, determina dos factores condicionantes de la conducta: la percepción de amenazas sobre la salud y la creencia sobre las posibilidades de disminuirlas (Arri-villaga, Salazar y Correa, 2003).

La Teoría de la Acción Razonada fue desarrollada por Fishbein y Ajzen en 1980, teoría que vincula actitudes, intenciones, creencias y conductas estableciendo que la mejor manera de predecir una conducta es determinar la intención que el individuo tenga de realizarla (Ortiz y Ortiz, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: 1) construcción de políticas públicas saludables; 2) mejoramiento de los entornos o ambientes; 3) fortalecimiento de la participación social; 4) desarrollo de actitudes personales y 5) reorientación de los servicios. En el desarrollo de actitudes personales, es donde intervienen los factores internos y externos del individuo que generan comportamientos positivos de autocuidado.

Por otro lado, el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) que apoyó la asamblea de Alma Ata y cuyo lema fue “Salud para todos en el año 2000”, implica un cambio radical de las políticas existentes que privilegia a los más necesitados adoptando la concepción de estrategia global e integral.

“Las Enfermeras comunitarias en algunos lugares del país, aún están absorbidas por el modelo de salud dominante, siendo que en otros están progresando hacia un paradigma de práctica profesional, orientado hacia la promoción de la salud. Prueba de ello son las actividades que desarrollan como proveedoras de cuidados directos: el trabajo con familias, grupos comunitarios y sus aportes en la docencia, investigación y administración de servicios con nuevas orientaciones. La transición paradigmática en el sector salud, ofrece oportunidades a las Enfermeras para trabajar en diversos ámbitos comunitarios, situación que debe ser aprovechada para hacer visible la práctica profesional” (Villalba, 2008:1).

Al mismo tiempo se reconoce la trascendencia que ha tenido Leininger como la teórica que estableció que el cuidado `es la esencia del ejercicio; elemento distintivo, dominante y unificador´; es decir, es la razón ontológica de la Enfermería. Consecuentemente, este pensamiento ha permitido el desarrollo de otras concepciones sobre el cuidado, como: el *cuidado humano, solidario, cultural y estético*, ... Watson sostiene que es necesario el cuidado humano, con énfasis en lo espiritual y lo transpersonal en la práctica asistencial, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de la Enfermería (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011).

En el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, el reto de la orientación salutogénica de los cuidados abarca conductas que fomentan la salud; factores personales, biológicos, psicológicos, socioculturales se relacionan con conductas referentes al estilo de vida (Giraldo Osorio et al, 2010).

Todas las teorías de cuidado y autocuidado incorporan la participación activa del sujeto y rompen con el paradigma enfermera-paciente redefiniendo el rol del individuo a partir de elementos pedagógicos, culturales, sociales, emocionales, entre otros.

La evolución de Enfermería se relaciona con los criterios para ejercerla, diferenciando profesión de disciplina. Surgen diversos criterios que valorizan la calidad profesional: características intelectuales, elementos prácticos, servicio a la sociedad y autonomía.

Lydia E. Hall (en Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011) identificó los criterios actitudinales de profesionalidad: 1) nucleamiento en organizaciones profesionales; 2) creencia en la autorregulación; 3) creencia en el servicio público como parte esencial de la profesión; 4) compromiso con la profesión, que va más allá de recompensa económica; 5) autonomía de desempeño respetando normas éticas y deontológicas.

Al recorrido del pensamiento de Enfermería acompaña el recorrido histórico sociológico del sistema de salud argentino descrito por Arce (2010) en una secuencia cronológica desde finales del siglo XIX a la actualidad, con distintos escenarios: a) tendencias en las políticas sociales internacionales, b) evolución de la política sanitaria nacional c) tendencias en la organización hospitalaria.

“La racionalidad de las consideraciones responde más a un análisis político-económico sustentado en datos técnicos que en la investigación científica documental aplicada a hechos históricos. La política sanitaria, debe necesariamente emplear

ambas modalidades de análisis, siempre que sean encaradas con la objetividad y el rigor de los conocimientos.

El primer interrogante es si existe un pensamiento sanitario identificable y más aún, si éste tuvo alguna evolución. Parto de una definición amplia: el pensamiento sanitario es la forma de estudio y acción, mediante el cual la Medicina, la Política y/o los Estadistas, analizaron los problemas sociales y ambientales relacionados con la salud, mediante un abordaje colectivo antes que individual, procurando establecer medios de actuación apropiados para resolverlos” (Arce, 2010:22).

Retirar sangría al subtítulo

3. Del paradigma en Enfermería al diseño de Programas de Educación para la Salud

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones de un gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda para establecer o bloquear acciones sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, parte fundamental del quehacer del gobierno se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas.

La concertación requiere cambios en el sistema político y en el gobierno. Los grupos sociales y las personas demandan interiorizarse sobre el análisis de políticas públicas, sea que estén en el gobierno o en la oposición. Es más, la reforma del Estado debe hacerse en torno a decisiones de políticas públicas. Trabajar sobre una matriz de impacto, que se base en un esquema programático con objetivos de gestión mensurables y evaluables, no sólo por el agente público sino por los beneficiarios y ciudadanos. Esto requiere a priori una revisión de la ingeniería organizacional de roles, funciones y competencias.

No obstante, para que ello suceda es menester considerar, trabajar y resignificar el concepto de salud, tradicionalmente entendido como ausencia de enfermedad. A través del tiempo, el concepto de salud, ha ido ampliándose hasta llegar a la definición de la OMS “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”, con la complejidad de condicionantes que esto significa.

Comprender no sólo los determinantes biológicos de la salud, sino también, los determinantes sociales. Desde esta óptica de multidimensionalidad (física, social, ecológica, ...) y relatividad (histórica, cultural, individual, ...) se hace ineludible la participación activa de la población bien informada para el logro de los objetivos de promoción de la salud siendo la *Educación en la Salud* la herramienta que proporciona los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias, inculcando la conciencia sobre los factores determinantes de la salud y capacitando para que pueda llevarse a cabo esa participación activa de los individuos, las familias y la población en todos los procesos.

Ya en 1983, la OMS definió el término Educación para la Salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.

El proceso de educar es un proceso de socialización y desarrollo tendiente a conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales. Y en el caso particular de la Educación para la Salud supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los saludables.

Así, aprender supone partir de lo que ya se sabe para adquirir un nuevo conocimiento, y lo interesante del aprendizaje es incorporar aspectos que ejerzan influencia sobre la propia conducta, es decir, que influyan significativamente sobre el comportamiento.

Educación para la Salud es una herramienta de Salud Pública para promover cambios, crear corrientes de opiniones, establecer canales de comunicación y capacitar a individuos y a colectividades para que, con responsabilidad e implicancia personal, se transformen en sujetos activos y participes en el rediseño individual, ambiental y organizacional con acciones globalizadoras. Así su objetivo final será el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables, y el eje para su aplicación será la definición de las estrategias de comunicación.

Retirar sangría
al subtítulo

4. Paradigma del Buen Vivir desde el abordaje de la Enfermería Transcultural

A lo largo del escrito se puede identificar cómo los paradigmas, en la evolución del pensamiento de la disciplina de la Enfermería, atraviesan y transforman el concepto de *autocuidado* y *el rol de la enfermera*, en su sistema de práctica teórica-empírica al decir de Fawcett. También el rol de Enfermería experimenta una ampliación de su competencia no quedando circunscripto a la ejecución de una práctica sino dando respuestas a los procesos socio-políticos con el sistema de salud y planes y programas específicos. La educación cumple un rol central en el diseño de estrategias de abordaje en prevención y promoción de la salud en el marco de la Enfermería comunitaria.

La desnaturalización y deconstrucción de un paradigma requiere de Enfer-

mería la desnaturalización y deconstrucción de la práctica. Romper con las técnicas tradicionales instauradas, seudocientíficas e introducir la práctica, según plantea Fawcett, en una dinámica teórico-empírica que sea capaz de poner en crisis el proceso enfermero.

Es en la deconstrucción de la práctica que se introduce el desarrollo teórico de Leininger en sus estudios de Enfermería Transcultural. Enfoque que propone introducir el concepto de cultura considerando los valores y métodos de vida de un grupo particular, cómo se relacionan y son aprendidos, planteando el rol de la enfermera como un elemento dinámico dentro de un proceso cultural. Así se incorpora, en el proceso de valoración de Enfermería, una mirada integral como una toma de conciencia y aceptación de la diversidad cultural y logrando un aprendizaje socio-político-cultural.

En palabras de Plaza Pino (En Castrillón Chamadoira, 2015:131), consiste más en *“aprender con el otro que sobre el otro, ver la persona antes que al extranjero y caracterizar los cuidados a las características personales como siempre hacemos”*.

Se comprende así la formulación de programas en salud que incluyan una práctica centrada en la persona humana, en un proceso de aprendizaje conjunto y dialógico, como una forma de abordaje de la interculturalidad. Al mismo tiempo incorporar nuevas racionalidades que modifiquen el campo teórico y práctica profesional de la Enfermera.

La Campaña Nacional por la Diversidad Cultural en México pone en evidencia diferentes procesos sociales donde se produce una sobrevaloración de las ideas de ciertos grupos humanos, por encima de otras formas de pensar, avasallando percepciones de otros.

“En el caso de las Instituciones de Salud se cuestiona, por parte de los usuarios de los servicios, la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido por los prestadores de salud, el no respeto de la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de la que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, mayor incidencia en el abandono de los tratamientos y resistencias al uso de los servicios” ... (Almaguer González y otros, 2014:31).

Un abordaje intercultural promueve estrategias y acciones para establecer habilidades y actitudes en los profesionales de la salud y fomenta la equidad y la garantía de derechos.

La planeación de los servicios de salud con elementos interculturales tiene como propósito: impulsar la transformación de los servicios de salud para mejorar el acceso efectivo a la población considerando la multiculturalidad y la diversidad de regiones.

Introducir componentes culturales armónicos, con conocimiento científico/académico, evoluciona la mirada sobre el *autocuidado* donde la persona como sujeto de su salud se puede reconocer en unidad.

El estado de la ciencia entre los nodos de producción de conocimiento científicamente válido y las realidades pluriculturales sigue manteniendo como corriente dominante la racionalidad positivista.

El filósofo y antropólogo Rodolfo Kush en su obra *Geocultura del hombre americano* desafía ampliar epistemológicamente las miradas y la racionalidad redescubriendo un pensamiento en las particularidades y contextos socioculturales como una situación ajena de la que tomamos distancia.

Para Kush se está inmerso en esta cultura latinoamericana, indígena y andina, pero con un sesgo epistemológico-cultural que establece la distancia sujeto-objeto.

“Al fin y al cabo ese mundo sensible sobre el que pusimos la ciencia y la seguridad, cuando nuestro abuelo, saliendo del Medioevo, también lleno de Yatiris, confeccionaron la enciclopedia; éste es el mundo y no otro, pero claro está que, de la piel para afuera, el mundo del saber, de un sujeto ante un objeto, el mundo comerciable en el que la ciencia cuantifica los datos que regala el objeto y contempla cómo se las arregla el sujeto para ganar la seguridad” (Kush 1976:22).

Si bien el planteo es ensayístico e introduce al campo de la filosofía, el objetivo es habilitar la discusión de cómo atraviesa el *autocuidado* a las políticas públicas incorporando en los programas conceptos andinos como: Sumak Kawsay y Suma Qamaña (Cabrales, 2015). Desde hace unos años los Estados pluriculturales de Ecuador y Bolivia incorporan estas categorías teóricas, mejor llamadas categorías prácticas, en las Constituciones Nacionales y a partir de ello, plantear la estructuración de políticas públicas que contemplen la multiculturalidad.

Su incorporación, ya sea en vocablo Quechua o el vocablo Aimara desde las unidades territoriales más pequeñas hasta la constitución de todo un país, para asegurar la presencia en los procesos socio-políticos de desarrollo y deliberación en las comunidades e instalar la interculturalidad en el campo de la enfermería en su rol de cuidado, con paradigmas y prácticas específicas.

“El buen vivir, en definitiva, tiene que ver con otra forma de vida, con una serie de derechos y garantías sociales, económicas y ambientales. También está plasmado en los principios orientadores del régimen económico, que se caracterizan por promover una relación armoniosa entre los seres humanos individual y colectivamente, así como con la naturaleza. En esencia, busca construir una economía solidaria, al tiempo que recupera soberanías como concepto central de la vida política de un país. Igualmente, con esta propuesta del buen vivir, al cuestionar los tradicionales conceptos del llamado desarrollo, se convoca a construir sistemas de indicadores propios. Estos nuevos indicadores constituyen una gran oportunidad no sólo para indicar las limitaciones y falencias de los sistemas de indicadores dominantes, que recrean permanentemente nuevas inequidades e incertidumbres, sino que, al discutir metodologías para calcular de otra manera y con renovados contenidos otros índices de desarrollo (es decir, el bien vivir), se avanza en el diseño de nuevas herramientas para medir cuán lejos o cerca estamos de la construcción democrática de sociedades sustentables” (Sempere et al, 2010:17).

Quitar sangría
aquí...

A modo de cierre: del paradigma a la búsqueda de indicadores

La holarquía¹, para el conocimiento contemporáneo de Enfermería, es un sistema epistemológico que analiza y organiza el conocimiento de la disciplina a partir de cinco categorías teóricas jerarquizadas en grado de abstracción que pueden explicar cómo se forja el conocimiento científico, la práctica y el diseño de la práctica en Enfermería; éstas son: metaparadigmas (diferente del concepto de Adorno y de Khun), filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos.

Fawcett comprende toda la producción de conocimiento y teoría dentro de esta holarquía de manera acumulativa, de forma que se produce el contenido que da sustento a la práctica de Enfermería como un “Sistema Conceptual Teórico-Empírico”.

Al retomar el desarrollo de este trabajo desde la mirada epistemológica de Fawcett se identifica un recorrido de la ciencia sobre el concepto de *autocuidado* y cómo la interdisciplinariedad con la sociología, la psicología y la política enriquecen este concepto fortaleciendo el campo de la Enfermería comunitaria.

Lo que Fawcett no contempla en su teoría es la estructura de las revoluciones científicas como sí lo hace Khun. El conocimiento no es acumulativo sino emerge como un paradigma que luego entra en discusión surgiendo un nuevo

1. Holarquía: término acuñado por Fawcett, es una palabra que encierra un nuevo paradigma cultural, social, espiritual. Es una expresión respecto de la *consciencia multidimensional e incluyente de la diversidad de ideas, métodos y cosmovisiones que expresan la cultura*, la educación. Expresa desarrollo, elevación o estado de la consciencia. Un sistema de valoración holarquica permitiría evaluar la vida real de cada individuo y su efecto en el mundo. En el contexto humano como cualidad, es la capacidad de unir e inspirar a grupos y personas, de mantener un proyecto profundo con individuos u organizaciones, no sólo diferentes sino antagónicas.

orden científico y también social, dentro de la comunidad científica. Centrando la mirada en el autocuidado como un proceso de salud comunitario e identificando los elementos epistemológicos que lo componen desde la perspectiva de Khun o de Fawcett, se aborda el campo concreto de la práctica y el desenvolvimiento de las ideas que afirman su utilidad y prueban su rigor científico.

Una vez que una concepción filosófica deja de ser una abstracción para convertirse en un proyecto, un programa y una política pública se convierten en un elemento de gestión evaluable.

“El diseño de las políticas de fortalecimiento de la gestión del desarrollo local se nutre, inevitablemente de concepciones y valores subyacentes al observador y al operador organizacional. Los paradigmas son motivos subyacentes en el observador que condicionan sus modos de describir y explicar el funcionamiento de las organizaciones que diseñan y ejecutan políticas públicas, programas y proyectos” (Busso, 2013).

Busso plantea un esquema para el control y medición de rendimiento de políticas públicas; esta experiencia está fundada en estudios de la CEPAL¹. El abordaje es re-pensar el rol de la Enfermería en el diseño de las políticas y su control desarrollando y estableciendo indicadores como parte de la función comunitaria.

Como resultado del recorrido teórico surgen interrogantes que ponen en crisis el clásico enfoque de la tarea profesional de la Enfermería:

- En el contexto de una política pública, ¿cuál sería el rol de Enfermería?
- ¿Cómo lograr que la principal actividad profesional se realice fuera del espacio físico institucional priorizando el ámbito comunitario?
- ¿Cuáles serían las acciones a desempeñar por las enfermeras desde un paradigma de desarrollo basado en el desarrollo comunitario?
- ¿Qué prácticas de autocuidado debe desarrollar el profesional de Enfermería para ser agente de cambio en el ejercicio de la disciplina?

Este marco teórico con aportes de la sociología de la salud y centrado en el paradigma del desarrollo integral de las comunidades, permite avanzar en la producción de indicadores empíricos.

1. CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Otro vasto campo de desarrollo profesional de Enfermería es el trabajo interdisciplinario jerarquizando las disciplinas que articulan salud y sociedad de manera tal que los marcos institucionales sean superadores del modelo médico- dependiente con escasa autonomía de las profesiones con formación en intervenciones preventivas, individuales o comunitarias.

Las acciones de *autocuidado* se aprenden, se viven, dependen de las creencias, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad; es por ello que la cultura del autocuidado comienza desde la niñez.

El proceso de formación de las enfermeras debe de considerar el enfoque psicosocial para el desarrollo de actitudes y prácticas saludables. El desafío será incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mantenerla y mejorarla. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables para asumir con autonomía y responsabilidad en el cuidado enfermero individual y colectivo. Se pretende repensar y crear prácticas dentro del marco conceptual del *Buen Vivir o Vivir Bien* para ello no sólo es necesario el desarrollo de acciones de APS y Enfermería comunitaria sino el rol de la enfermera como diseñador de políticas públicas y de programas específicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

  Almaguer González J., Varga Vite, A., Gómez Ramírez, H. (Comp.). (2014). *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios*. Gobierno de la República. Biblioteca Mexicana del conocimiento. México.

Arce, H. (2010). *El Sistema de Salud*. Buenos Aires. Argentina: Prometeo Editorial.

Arenas-Monreal, L.; Jasso-Arenas, J. y Campos-Navarro, R. (2011). *Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales*. IUHPE – Global Health Promotion. [En línea]- [Consultado el 9 de agosto de 2018]- Vol. 18, N° 4. p 42-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262112736_Autocuidado_elementos_para_sus_bases_conceptuales

Arrivillaga M.; Salazar, I. y Correa, D. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Revista Colombia Médica. Universidad Javeriana de Cali. Colombia [En línea]- [Consultado el 23 de febrero de 2018] Vol. 34, n° 4. pp. 186-195. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>

- Busso, G. (2013). *Planificación y agendas de desarrollo en localidades de tamaño intermedio*. XVIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Montevideo. Uruguay. Disponible en: <https://cladista.clad.org/bitstream/handle/123456789/7400/0074930.pdf>
- Cabrales Salazar, O. (2015). *El principio del Buen Vivir o Sumak Kawsay como fundamento para el decrecimiento económico*. ISSN 0120-8462 / Vol. 36 / No. 113 / 2015 / pp. 83-99 Cuadernos de filosofía latinoamericana. Universidad de Santo Tomas. Bogotá. Colombia.
- Castrillón Chamadoira, E. (2015). *La enfermería transcultural y el desarrollo de la competencia cultural*. Publicación cultura de los cuidados. [Edición digital]- [Consultado en diciembre de 2018] 19, 42. Mayo-agosto p. 128-136 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
- Fawcett, J. (2006). *The structure of contemporary nursing knowledge*. [Publicación on line]. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/a6ee/f371add72dc97af71b668eac687892b7db35.pdf>
- Giraldo Osorio, A.; Toro Rosero, M. Y.; Macías Ladino, A. M.; Valencia Garcés, C. y Palacio Rodríguez, S. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de Estilos de vida saludables*. Revista hacia la Promoción de la salud [Internet]- [Consultado el 21 de marzo de 2019] V. 15 (1) Enero-junio. pp. 128-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=309126693010>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Pilar Baptista, L. (2016). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. México: Mc Graw Hill.
- Kusch, R. (1976). *Geocultura del hombre americano*. Argentina: Editorial Fernando García Cambeiro.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practicism*. EE. UU: Mc Graw Hill.
- Mosqueda Díaz, A.; Vílchez Barboza, V.; Valenzuela Suazo, S. y Sanhueva Alvarado, O. (2014). *Teoría crítica y su contribución a la disciplina de Enfermería*. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín. Colombia. [En línea]- [Consultado el 18 de agosto de 2018] Vol. 32, N° 2. pp. 356-363. Disponible en: [//aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19974/17082](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19974/17082)
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, conceptos de Enfermería en la Práctica*. Cuarta edición. Barcelona. España: Editorial Masson Elsevier.

Ortiz, P. M. y Ortiz, P. E. (2007). *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista Médica de Chile. [Internet]- [citado el 27 de marzo de 2019]; mayo 135(5): 647-652. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014



Raile Alligood, M. y Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Séptima edición. Barcelona. España: Editorial Elsevier.

Sempere, J.; Acosta, A.; Abdallah, S. y Ortí, M. (2010). *Enfoques sobre el bienestar y el buen vivir*. Centro de investigación por la Paz. Selección de recursos documentales: CIP-Ecosocial. [Internet]- [Consultado el 21 de noviembre de 2018] Disponible en: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Dossier/Dossier_Enfoques_sobre_bienestar_y_buen_vivir.pdf

Vega Angarita, O. M. (2006). *Estructura del conocimiento contemporáneo de Enfermería*. Revista Ciencia y Cuidado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Colombia. [En línea]- [Consultado el 12 de febrero de 2019]. Vol. 3, n° 3. pp. 53-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2533967>

Villalba, R. D. (2008). *Desarrollo de la Enfermería Comunitaria en la República Argentina*. Revista Enfermería Global. Universidad de Murcia. España [Internet]- [Consultado el 22 de febrero de 2019]. V. 7, n° 13, p 1-10. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/16111>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SUFRIMIENTO MENTAL GRAVE. Una perspectiva basada en la Atención Comunitaria y en los Derechos Humanos.

Autoras: Gómez, Patricia Fabiana¹; Cerino, Sandra².

RESUMEN

La OMS en el marco de las publicaciones realizadas en torno a la salud mental ha realizado un llamado permanente a sus estados miembros y al recurso humano en salud con la finalidad de promover la investigación y abordaje de los problemas de salud mental en la comunidad. Se conoce que el 25% de la población sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida y que un 1% serán de carácter grave y requerirá cuidados específicos de Enfermería. La producción científica ha aportado Teorías de Enfermería y experiencias de cuidados centrados en el abordaje de esta problemática. El objetivo de este ensayo es presentar y discutir algunas de las herramientas de cuidados de Enfermería en el ámbito de la salud mental con un enfoque comunitario, tanto en el momento de la crisis como en el período posterior de recuperación.

Palabras clave: Trastornos Mentales. Salud Mental. Enfermería en Salud Comunitaria.

Summary

The WHO, within the framework of publications made on mental health, has made a permanent call to its member states and the human resource in health with the purpose of promoting research and addressing mental health problems in the community. It is known that 25% of the population will suffer a mental disorder throughout their lives and that 1% will be of a serious nature and will require specific nursing care. Scientific production has contributed Nursing Theories and care experiences focused on addressing this problem. The objective of this essay is to present and discuss some of the Nursing care tools in the field of mental health with a community approach, both at the time of the crisis and in the subsequent recovery period.

Keywords: Mental Disorders. Mental health. Community Health Nursing.

Equiparar tamaño de letra en ambos resúmenes

1. Lic en Enfermería. Lic. en Psicología. Dra. en Ciencias de la Salud. Prof. Titular (DE) de la Cátedra de Investigación en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

2. Lic en Enfermería. Magister en Administración Pública. Prof. Adjunto (DE) a cargo de la Titularidad de la Cátedra Enfermería en Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

En el año 2018 la OMS, publicó el Atlas de Salud Mental de las Américas, donde puso a disposición de la comunidad la información sobre políticas, planes, leyes de salud mental, como también la situación de los recursos humanos y financieros. Algunos datos relevantes dan cuenta de que, a nivel mundial 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Una revisión reciente de varios estudios epidemiológicos ejecutados en la Región de las Américas muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales de entre 18,7% y 24,2% (OMS, 2017) (Rodríguez, et al. 2009). Esta situación demanda al colectivo de Enfermería generar aportes disciplinares para la mejora del cuidado de las personas, que permitan vincular los derechos humanos y el bienestar en la comunidad.

La política en salud mental vigente en estas últimas décadas se orientó a restituir el derecho de vivir en la comunidad a las personas con sufrimiento psíquico y recibir el cuidado desde una perspectiva de transformación e integración social.

La controversia sobre el origen y las características de la enfermedad mental han atravesado toda la historia de la psiquiatría y, por ende, la modalidad de abordaje de los cuidados de Enfermería, por lo cual en la actualidad se requiere desarrollar modelos de atención que compartan estas perspectivas orientadas a este paradigma comunitario.

El objetivo de este ensayo es presentar y discutir algunas de las herramientas de cuidado de enfermería en el ámbito de la salud mental con un enfoque comunitario, tanto en el momento de la crisis como en el período posterior de su recuperación y retorno a su vida cotidiana en su contexto social de referencia.

Quitar sangría **Concepto y Generalidades acerca del Trastorno Mental Grave**

La OMS en el 2019, define el *Trastorno Mental Grave* como el grupo de las psicosis que presentan un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteración en la percepción, afecto anormal, sin relación con la situación real, y autismo (OMS, 2009 y 2016) (WHO, 2019). Como se observa la descripción es amplia, variada, lo cual la hace difícil de delimitar por la heterogeneidad de

sus síntomas. Su eje central es la ruptura del yo y la alteración en la comunicación. En los trastornos psicóticos existe una doble desestructuración: la de la realidad externa y la de la propia identidad. La literatura explicita que el episodio psicótico se puede desarrollar en dos diferentes formas: episodios psicóticos con síntomas positivos como alucinaciones (visuales, auditivas, olfativas) y delirios, o episodios psicóticos, en donde prevalecen síntomas negativos (afecto plano, falta en la comunicación, falta de habilidad para iniciar y mantener actividades).

Se sabe que un diagnóstico en salud mental hace que el contexto social reaccione, la mayoría de las veces, de manera hostil etiquetando de manera invisible y negativamente a quienes poseen un diagnóstico psiquiátrico llevando a la sociedad a ejecutar conductas discriminativas y violentas, tanto discursivas como incluso de acción, la cual se le denomina estigma social (Muñoz, et al. 2009). Esto implica una significativa vulnerabilidad de las personas que padecen esta patología siendo, a la vez, origen de la segregación y cronificación que rodea a los pacientes psiquiátricos. Estigmatización que se genera no sólo desde la sociedad ante lo desconocido, sino además del propio aislamiento y sentimiento de la persona con sufrimiento mental (Gofman, 1970) y (Vidal Pollarolo, 2002).

La estigmatización social, ejecutada de manera constante, puede conducir a una interiorización de dichas creencias, la mayoría de las veces, muy negativas llegando a dañar fuertemente la autoestima, autonomía y empoderamiento y obstaculizando el proceso de recuperación (López, et al. 2008).

Esta situación está altamente asociada al concepto de atención centrada en hospitales psiquiátricos, donde el desafío actual a este grupo de pacientes críticos es brindar la atención lo más temprana posible y en el grupo familiar, en consonancia de las Declaraciones Internacionales y Leyes a Nivel Local. (CELS y MDRI, 2013) (Ley Nacional N° 26.657, 2010).

Es aquí donde la atención de Enfermería podemos pensarla en dos momentos, más a los fines analíticos y de estudio que en la realidad de la prestación de los cuidados o de organización de los servicios. Estos momentos se vinculan con la situación aguda de la patología, o con la crisis; y en la etapa de estabilización del paciente. La primera puede cursarse en el ámbito hospitalario o domiciliario y la segunda, en el contexto familiar y social considerándose como período crítico a ese período de transición entre el abordaje en la fase aguda y la recuperación del contacto socio-familiar y la vinculación con servicios de salud que darán continuidad al abordaje comunitario (Susser, et al., 1997), (Alvarado, 2012) y (Farriols, et al., 2006).

Quitar sangría **Valoración de las Áreas Críticas. Su Vínculo con los Cuidados de Enfermería**

Debido a que se está frente a una enfermedad crónica, que cursa con fases agudas y períodos de remisión, es necesario un seguimiento continuado y personalizado a lo largo de la vida del sujeto. Es importante recordar que en cada persona la enfermedad adquiere características propias por lo cual los cuidados son individuales, no hay un desarrollo unívoco de la enfermedad, casi podría decirse que su combinación es artesanal aunque se encuentran en todos los sujetos grandes áreas de cuidados relacionadas con las alteraciones del pensamiento, de la percepción, de la afectividad, de la actividad, de las funciones básicas y de la red social y los fenómenos que están impregnando nuestra sociedad como son la violencia y las adicciones (Fellizzia y Stroppa, 2009), (Caldas de Almeida y col., 2005).

Cuando se analizan los modos de cuidado que ha tenido la enfermería en psiquiatría, se observa que empíricamente se ha utilizado la metodología de observación y resolución de problemas, determinando prioridades y, en general, siguiendo el devenir del modelo médico dominante. (Marriner Tomey, y Raile Alligood, 2007) (Galvis, 2015) (Fornes Vives, y cols., 2011).

El modelo de abordaje estudiado por Barker (2015),  plantea que cuando la enfermera ayuda a personas a explorar su malestar, es un intento de descubrir formas de remediarlo o mejorar la calidad de vida y que es un esfuerzo práctico centrado en la identificación de qué necesitan las personas ahora, en el momento actual, además de explorar vías para cubrir estas necesidades y desarrollar sistemas apropiados de cuidados humanitarios (Huizing, et al., 2011-2013).

Se ha señalado que cada paciente es un sujeto individual, que la enfermedad adquiere características particulares en cada persona y, por ende, debemos recuperar su historia de vida como herramienta de trabajo y objeto de referencia. Es decir, es esa historia la que nos dará la guía sobre los objetivos a lograr y el ámbito de lo posible en el contexto social y familiar que rodea a ese paciente. Considerar cada paciente, su historia y contexto determina que no existan modos predeterminados de acción, sino que las enfermeras a través de acceder, revisar y reescribir esa historia identifican con el sujeto las experiencias positivas y aquéllas que requieren ser reelaboradas (Barker y Buchaman, 2015).

Se pueden definir a las áreas de cuidados como aquéllas que están directa-

mente vinculadas con las alteraciones que produce la enfermedad en su etapa aguda y aquéllas relacionadas con la vida familiar y social. La experiencia del malestar psíquico asociado a un trastorno está manifestada por la alteración evidente o por situaciones internas conocidas sólo por la persona afectada.

La prioridad de un área sobre otra, o su concomitancia varían según la situación de cada sujeto. Sin embargo, es importante considerar que en la concepción teórica de Barker surgen tres dimensiones que pueden ser una guía para ordenar las áreas de cuidado: *el mundo, el yo y los demás*.

En la dimensión del mundo surge la necesidad de las personas de ser comprendidas y validadas en sus percepciones. Se realiza una valoración centrada en la experiencia de vida de la persona. La dimensión del yo estudia la necesidad de seguridad personal y la dimensión de los demás aborda el tipo de apoyo formal e informal con que cuenta la persona. En líneas generales y sólo a los fines analíticos puede decirse que las dos primeras dimensiones son prioritarias en la fase aguda y que requiere internación y la dimensión de los demás se transforma en esencial en el abordaje comunitario.

A los fines de su comprensión se las enumera en forma separada, y en los dos momentos de cuidados: en la etapa aguda y que requiere internación (sea ésta hospitalaria o domiciliaria) y la de etapa crítica de revinculación social y comunitaria.

Retirar **Momento de Abordaje durante la Internación**

sangría a

ambos

Dimensión del mundo

Alteración en el contenido del pensamiento: el proceso final del pensamiento se refleja a través de las ideas. Cuando estas ideas originan convicciones erróneas, que no pueden ser explicadas en el contexto situacional y cultural del enfermo se dice que hay una alteración en el contenido del pensamiento y esas ideas son delirantes. Según su contenido pueden clasificarse de persecución, de grandeza, místicas (OPS, OMS, 1992).

Esta percepción alterada requiere de una gama de cuidados vinculadas con la interpretación incorrecta de los estímulos por la presencia de las ideas delirantes. Las principales acciones se vinculan con fomentar la comodidad y seguridad del paciente posibilitando la orientación a la realidad. Las actividades de Enfermería se derivan del establecimiento de la relación de confianza, o vínculo establecido con el paciente. Es clave no reforzar las ideas delirantes, ni

discutirlas, sino centrarse en los sentimientos y dificultades de relación, que se generan de estas ideas; identificar las otras áreas de necesidades afectadas por el contenido de las ideas delirantes (por ejemplo, no alimentarse pues está presente la idea delirante de envenenamiento, o no descansar pues hay un complot para asesinarle y debe estar atento y a la defensiva). Efectuar los cuidados que se derivan de la situación.

Proteger a paciente y familia, o grupo de convivencia de los riesgos ante la presencia de ideas de auto o heteroagresividad proporcionando un ambiente seguro y cómodo, administración de medicación antipsicótica (OMS, 2011) (Hemingway, et al., 2015), facilitando espacios para comprender su importancia y necesidad. Recordar que el paciente es un sujeto de derechos y uno de éstos es el derecho a conocer su tratamiento. (OEA, 1991) (OMS, 2009).

Alteraciones de la percepción: las alucinaciones son percepciones anormales, sin que exista un objeto externo que pueda identificarse como origen de esa percepción. Las alucinaciones pueden referirse a cualquier área sensorial: auditivas, cenestésicas, olfatorias, visuales (Parra, 2014). La presencia de alucinaciones fortalece la ruptura con el medio ambiente y refuerza las ideas delirantes; por ende, las herramientas y modalidad de abordaje del cuidado son similares y se entrelazan; deben identificarse las conductas del paciente vinculadas a las alucinaciones; permitir verbalizarlas con el objetivo de limitarlas y disminuir su influencia en las acciones reactivas del paciente (por ejemplo, identificar la presencia de alucinaciones auditivas y disminuir el riesgo del cumplimiento de las órdenes que le dictan las alucinaciones o la interferencia que ellas producen sobre la vida cotidiana).

Alteraciones de la afectividad: varían desde la pérdida de la capacidad de respuesta afectiva, donde no hay ninguna sensación respecto al contacto del mundo exterior (indiferencia) hasta la coexistencia de estados de ánimos contradictorios (ambivalencia afectiva) (Mingote, 2007). Posibilitar entornos confiables donde el paciente pueda expresar sus sentimientos, alentarle para que lo haga; generar espacios donde se vincule con otras personas evitando el aislamiento.

Quitar sangría **Dimensión del yo**

Alteraciones en la relación con el medio: abarca distintas esferas de la vida del paciente, pues al estar absorto en su mundo interno, desconecta del mundo exterior no muestra, en menor o mayor grado, iniciativa alguna. Así se afecta su movilidad, su alimentación, la relación entre temperatura del medio

ambiente y abrigo del sujeto quedando vulnerable a las afecciones respiratorias y de la piel; la eliminación, el descanso y sueño. Es en este grupo de manifestaciones donde más claramente se observa la importancia y relevancia del cuidado enfermero, tanto en su carácter autónomo como en la recuperación de la historia de vida del sujeto para vincular el cuidado a su hábito individual previo a la irrupción de la enfermedad.

Alteración en la percepción de un entorno seguro: las etapas iniciales de la enfermedad suelen producir en el enfermo una gran inquietud e inseguridad debido a la aparición del estado afectivo difuso consiguiente al estado de extrañeza que impregna sobre él la enfermedad. Estas vivencias se basan en la imposibilidad de vincular la situación actual con los aprendizajes previos en su vida cotidiana; y se corresponde a la percepción amenazante  los cambios que presiente en el entorno y que le resultan incomprensibles. A esto se suma la sensación de extrañeza consigo mismo debido a los trastornos de identidad del yo, entonces el sujeto se siente extraño y no se reconoce. En las fases de crisis, la vivencia del enfermo es de una gran inseguridad física y psicológica; las conductas impulsivas que puede presentar obedecen a vivencias delirantes indescifrables, que pueden ser predecibles, o no, en función de las actitudes de inquietud y agitación previa que presenta el enfermo. Cuanto mayor sea la desconexión del sujeto con el medio, mayor es el riesgo pues no tiene percepción de los peligros ambientales. Es así que la función principal del cuidado brindado es asegurar un ámbito seguro, que además sea percibido de esta manera mediante la disminución de estímulos. Claramente para poder brindar estos cuidados y facilitar el vínculo del paciente consigo mismo, la enfermera debe conocer y reconstruir la historia previa del sujeto, sus valores, creencias, vínculos significativos para posibilitar la percepción de seguridad interna del paciente.

Quitar sangría Dimensión de los demás

Alteración en el proceso de comunicación: los pacientes con trastorno mental severo muestran dificultades significativas para comunicarse con los demás y establecer relaciones significativas. Como está afectada su identidad personal debido a las vivencias de despersonalización y a la sintomatología delirante, el lenguaje puede perder el significado simbólico y el significado usual que tiene para las otras personas. Es lógico que, ante una percepción distorsionada y alterada, desaparezca la utilidad habitual y surge un déficit comunicacional y relacional, fortaleciéndose el aislamiento del paciente. El rol de Enfermería es no sólo de vínculo con los demás mediatizando en un principio el proceso de comunicación sino, además, de facilitador para que el sujeto recupere espacios de comunicación y disminuya su aislamiento, potenciando su inserción grupal.

Alteración en la capacidad de trabajar y realizar actividades recreativas: no sólo debido a la alteración en la vinculación con el medio ambiente producto de las alucinaciones o delirios, sino básicamente por el desinterés y aislamiento que presenta el paciente. Existe desmotivación para iniciar actividades tanto de esparcimiento como productivas. Esta percepción del paciente se fortalece por la discriminación y estigma que rodea la locura. Por ello estas áreas de necesidades adquieren relevancia en todo el proceso de tratamiento, especialmente una vez superada la fase aguda de la enfermedad, pues pasa a ser un factor de inserción social y familiar. Es función de la enfermera facilitar el inicio y continuidad de actividades de interés y que progresivamente posibilite la incorporación a grupos con objetivos definidos y que tengan relación con actividades o intereses previos del sujeto.

Quitar sangría **Momento de Abordaje en la Comunidad**

La orientación actual de la atención psiquiátrica, es el abordaje en la comunidad de los problemas de salud mental, incluso en el grupo de patologías graves (Vásquez, 2009) (OMS, 1990). Diversas experiencias en la región dan cuenta de la posibilidad de su contención en la comunidad mediante distintos dispositivos interdisciplinarios (MS, DNSMyA, 2019), que incluyen cuidados de Enfermería. Son objetivos de esta etapa: el fortalecimiento del individuo a través de *vínculos a fuentes de apoyo formal e informal*, para mantener la red de apoyo a largo plazo. Se entiende por apoyos formales a los servicios de Salud Mental y Atención Primaria de Salud y los apoyos informales a los familiares, amigos, vecinos o grupos comunitarios; y el fomento tanto al paciente como a su familia hacia la recuperación. En este punto es importante recuperar los intereses y fortalezas de cada usuario. Se usa el concepto de perspectivas de futuro y la construcción activa de éste para generar escenarios positivos; es decir, se aborda esencialmente la dimensión de los demás.

Al igual que en el momento de la internación debemos resaltar que todo cuidado comienza con la construcción de un *vínculo significativo* que implica el establecimiento de una relación fuerte y estable con el paciente y su familia o círculo de pertenencia, la que puede ser continuidad de la relación vincular generada durante la internación, o el comienzo de una nueva relación pues cambia la persona que brinda el cuidado. A través de esta relación vincular se abordarán los intereses y fortalezas del usuario con el objetivo de desarrollar en conjunto estrategias para satisfacerlas y potenciarlas en pro de la recuperación, es decir, centrarse en las potencialidades existentes antes de la crisis.

Un aspecto a considerar en el fortalecimiento de las *redes* es el de evaluar

el papel del usuario en la familia y su potencial para mejorar su autosuficiencia y contribución en el funcionamiento familiar. Se busca apoyar una transición hacia roles positivos dentro del grupo cambiando la percepción que la familia tiene del usuario, es decir, pasar desde una perspectiva de carga hacia la percepción de un sujeto proactivo (Baña Castro, 2015).

La red de sostén no se agota en los lazos familiares, sino que se debe ampliar mediante la identificación de recursos en la comunidad, como grupos de apoyo, centros deportivos, espacios religiosos, ONGs; y servicios de salud que puedan ofrecer un espacio de acción y respaldo al usuario mediante la promoción de la participación y empoderamiento.

Diversos estudios identifican como críticos los primeros seis meses posteriores a una crisis, por lo cual no sólo se deben tejer lazos sociales sino, además, identificar posibles fuentes de estrés que pueden afectar su proceso de recuperación, para elaborar estrategias de prevención específicas (Susser, 1977) (Mascayano, et al., 2019).

Las áreas de intervención más frecuentes son las de manejo de los psicofármacos y continuidad del tratamiento psiquiátrico; el abordaje de las habilidades de la vida diaria, relaciones familiares; manejo del dinero y gestión de beneficios de la seguridad social; revinculación con el espacio urbano y social en sus diversas facetas de vivienda, trabajo, violencia social y disponibilidad y abuso de drogas.

Si analizamos estas diversas áreas de intervención vemos su relación con las dimensiones planteadas en el modelo de la marea cuyos cuidados están en primer lugar relacionados con el sujeto y su historia para luego ir ampliando la construcción de puentes con el grupo de referencia y luego con el espacio más amplio de la sociedad y las habilidades para su inserción.

CONCLUSIÓN

La búsqueda bibliográfica efectuada y su respectiva vinculación con experiencias locales e internacionales dan cuenta de la potencialidad y simplicidad del cuidado a brindar en el sujeto con trastorno mental grave. Se requiere para ello la coexistencia activa de conceptos teóricos de Enfermería y de valores centrados en la recuperación del sujeto y la esperanza de calidad de vida en la comunidad. Implica que la prestación profesional del cuidado se base en presencia verdadera y compromisos mutuos asumidos por el sujeto de cuidado y la enfermera.

Siguiendo el planteo de Barker, en el relato de la propia historia del sujeto se encuentran las claves para la recuperación de la crisis y el hallazgo de los recursos internos y externos para hacer posible esa recuperación en comunidad. Las intervenciones necesarias para llevar a cabo este proceso no requieren de un alto nivel de formación sino de disminuir el perjuicio que rodea al sufrimiento psíquico y a la locura y recuperar las historias de las personas ya que en el contexto cultural latinoamericano lo vivido y las relaciones vinculares están presentes en el diálogo cotidiano, por lo cual se transforman en herramientas accesibles para las enfermeras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado R. (2012). *Evaluación de la efectividad de una intervención psicosocial intensiva para personas con un episodio de psicosis*. Universidad de Chile. Recuperado el 29 de noviembre de 2019 de: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/362>

Baña Castro, M. (2015). *El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo*. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 33-336. Retrieved. Recuperado el 28 de noviembre de 2019 de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI1688-42212015000300009&lng=en&tlng=es

Barker, P. y Buchaman, P. (2015). *El Modelo Tidal: Salud Mental. Reivindicación y recuperación*. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 de: https://www.1decada4.es/pluginfile.php/760/mod_label/intro/TidalManual_espaniol.pdf

Caldas de Almeida, J. M. y col. (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Págs. 1 a 18. OPS. Washington. Recuperado el 29 de noviembre de 2019 de: <https://es.scribd.com/document/348551972/Atencion-comunitaria-a-personas-con-trastornos-psicoticos-pdf>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights International (MDRI). (2013). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos: Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30583>

Farriols, N., Janna, C., Ramos, M., Fernández, M., Chamorro, A., Polo, Y. y Botella, L. (2006). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos*. *Clínica y Salud*, 17(2), 171-185. Recuperado el 30 de noviembre de 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI1130-52742006000200003&lng=es&tlng=es

Fellizzia, S., Stroppa, H. (2009). *Cuaderno de Enfermería -Enfermería en Salud Mental- Perspectivas, cuidados y recomendaciones*. En: Asis, S. *Enfermería en Salud Mental y Comunitaria*. Río Cuarto. Córdoba. Argentina: Ed. Universidad de Río Cuarto. Recuperado el 2 de diciembre de 2019 de: https://www.academia.edu/32030344/Cuidados_de_Enfermeria_en_Salud_Mental

Fornes Vives, J. y col. (2011). *Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid, España: Ed. Panamericana.

Galvis, M.A. (2015). *Teorías y Modelos de Enfermería usados en la Enfermería Psiquiátrica*. *Rev. Cuid.* 6(2): 1107-119. Recuperado el 29 de noviembre de 2019 de: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

Goffman, E. (1979). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado el 28 de noviembre de 2019 de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Huizing, E. (2011). *Recuperación y Enfermería de Salud Mental*. *Rev. Presencia* 7(14). Recuperado el 20 de noviembre de 2019 de: <http://www.indexf.com/presencia/n14/p0179.php>

Irarrázaval, M. (2018). *Atlas de Salud Mental de las Américas 2017*. Organización Mundial de Salud. Recuperado el 28 de noviembre de 2019 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=47238-atlas-de-salud-mental-de-las-americas-matias-irarrazaval-6dic2018&category_slug=lanzamiento-carga-de-trastornos-mentales-y-atlas-de-salud-mental-6-dic-2018&Itemid=270&lang=es

Ley Nacional N° 26.657. (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914. Argentina. Boletín Oficial 03 diciembre de 2010. Recuperada el 30 de noviembre de 2019 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ley_nacional_%2026657.pdf

López, M.; Laviana, Ma.; Fernández, L.; López, A.; Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. Recuperado el 30 de noviembre de 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es

Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2007). *Teoría de Phil Barker en Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid. 7ª Edición. Editorial Harcourt Brace. Recuperado el 1 de

diciembre de 2019 de: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros



Mascayano, F., Avarado, R., Howard, F.; Jorquera, M. J.; Lovisi, G. M.; Souza, F. Mitkiewicz de, Pratt, C.; Rojas, G.; Restrepo-Toro, M. E.; Fader, K., Gorroochurn, P.; Galea, S.; Dahl, C.; Cintra, J.; Conover, S.; Burrone, M. S.; Baumgartner, J.; Rosenheck, R.; Schilling, S.; Saruço, K., Rodríguez, S.; Tapia, E.; Cavalcanti, M.; Tavares, V.; Eliecer, Y.; Lawrence, H. y Susser, E. (2019). *Implementing the protocol of a pilot randomized controlled trial for the recovery-oriented intervention to people with psychoses in two Latin American cities*. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4). Recuperado el 2 de diciembre de 2019 de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00108018>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de Salud Mental*. Argentina. Buenos Aires. Recuperado el 2 de diciembre de 2019 de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de La Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Haceres colectivos. Investigaciones y experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Buenos Aires. Recuperado el 30 de noviembre de 2019 de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001617cnt-2019-10_haceres-colectivos.pdf

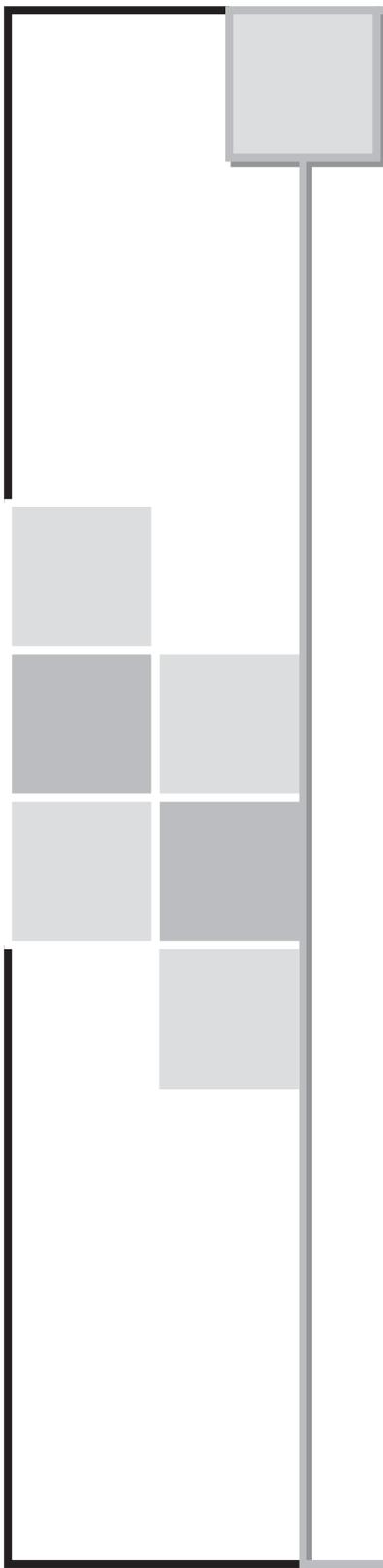
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Recomendaciones para el abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención*. Argentina. Buenos Aires. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001661cnt-abordaje-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf>

Mingote Adán, J. C.; Del Pino Cuadrado, P.; Huidobro, Á.; Gutiérrez García, D.; Miguel Peciña, I.; y Gálvez Herrero, M. (2007). *El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento*. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(208), 29-51. Recuperado en 04 de diciembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2007000300005&lng=es&tlng=es

Muñoz, M. y Pérez Santos, E. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial complutense. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 de: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental._analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf

- Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Recuperado el 30 de noviembre de 2019 de: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- Organización Mundial de La Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela. Recuperado el 4 de diciembre de 2019 de: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Guía de la buena prescripción*. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/guiadelabuenaprescripcion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Estrategias y Plan de Acción sobre Salud Mental*. 144ª. Sesión del Consejo Ejecutivo, Washington. Recuperado el 30 de noviembre de 2019 de: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CEI44-FR-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud mental y derechos humanos: Vigencia de los estándares internacionales*. 1ª. ed. Argentina. Buenos Aires. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*. 10ª. Revisión, N.V. Washington, D.C. E.U.A. Recuperado el 28 de noviembre de 2019 de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/VolumeI.pdf>
- Parra, A. (2014). *Alucinaciones: ¿experiencia o trastorno?* 1ª. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo; Universidad Abierta Interamericana. 326 p. Recuperado el 30 de noviembre de 2019 de: <https://uai.edu.ar/media/109521/alucinaciones-experiencia-o-trastorno.pdf>
- Rodríguez, J.; Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y del Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica N° 632. Recuperado el 4 de diciembre de 2019 de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Susser, E., Valencia, E.; Conover, S.; Felix, A.; Tsai, W. y Wyatt, R. J. (1997). *Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter*. American journal of public health. 1997;87(2):256-62. Recuperado el 2 de diciembre de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380803/>

- Vázquez, J. (2009). *El derecho a vivir y a ser incluido en la comunidad*” en el Libro *Salud mental en la Comunidad*. OPS. Washington D.C.
- Vidal Pollarolo, P. (2002). *La identidad estigmatizada*. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 1, núm. 3, 2002. Recuperado el 28 de noviembre de 2019 de: <https://www.redalyc.org/pdf/305/30510309.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. Recuperado el 2 de diciembre de 2019 de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/9789241549790-spa.pdf>
- World Health Organization (2018). *Mental health atlas 2017*. Geneva. Recuperado el 28 de noviembre de 2019 de: <https://www.issup.net/files/201806/WHO%20Mental%20Health%20Atlas%202017.pdf>
- World Health Organization (2019). *Sitio web regional. Notas Descriptivas: Trastornos mentales*. Recuperado el 29 de noviembre de 2019 de: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/mental-disorders>



RELATOS DE
EXPERIENCIAS



CONSTRUYENDO PUENTES Y GENERANDO ESPACIOS DE REFLEXIÓN. Surgimiento de un grupo empoderado de mujeres: nacimiento de una Comisión.

Autora:  Marcela Viviana Sapei¹.

RESUMEN

Este artículo relata la experiencia del surgimiento de la Comisión de Violencia de Género en la Escuela de Enfermería de la FCM UNC. Los objetivos fueron: - Reflexionar acerca del involucramiento de los enfermeros en temáticas sociales y actuales como la violencia machista y - Rescatar la importancia del trabajo colaborativo y la construcción de vínculos que trasciendan el tiempo. El desarrollo de la misma en la primera etapa de esta experiencia se desarrollaron estrategias de asesoramiento con la Secretaría de Extensión de la UNC, segunda etapa convocatoria a toda la institución educativa a participar, en la tercera etapa se construyeron los objetivos de la comisión siendo el general: - Promover un ambiente libre de violencia de género y discriminación por razones de género y/o identidad sexual en el ámbito universitario. Resultados: Algunos logros desarrollados por la Comisión que se pueden señalar fueron: recepción de numerosas consultas y puesta en acción del protocolo remitiendo a las víctimas a la Defensoría de la Comunidad Universitaria y al Programa de Género de la UNC. Conclusión: la consolidación de la Comisión dentro de la Escuela de Enfermería expresa el compromiso con la prevención de la violencia y basados en el enfoque de derechos.

Palabras clave: Violencia de Género. Comité.

Summary

This article recounts the experience of the emergence of the Commission on Gender Violence in the School of Nursing of the FCM UNC. The objectives were: - To reflect on the involvement of nurses in social and current issues such as sexist violence and - Rescue the importance of collaborative work and the construction of links that transcend time. The development of the same in the first stage of this experience advisory strategies were developed with the Secretariat of Extension of the UNC, second stage call to the entire educational institution to participate, in the third stage the objectives of the commission were built being the General: - Promote an environment free of gender-based violence and discrimination based on gender and / or sexual identity in the university environment. Results: Some achievements developed by the Commission that can be pointed out were: reception of numerous consultations and implementation of the protocol referring the victims to the University Community Ombudsman and the UNC Gender Program. Conclusion: the consolidation of the Commission within the School of Nursing expresses the commitment to violence prevention and based on the rights approach.

Keywords: Gender Violence. Committee.

Equipara tamaño de letra en ambos resúmenes ...

1. Lic. En Enfermería. Prof. Asistente en Cátedra Taller de Trabajo Final. Profesora en Ciencias de la Salud. Miembro de la Mesa de Género de la UNC. Integrante del Equipo de Investigación de Teorías de Enfermería (EITE). Maestranda en Procesos Educativos Mediadados por la Tecnología CEA. Facultad de Ciencias Sociales. UNC.

INTRODUCCIÓN

**“No hay recorrido posible sin alianzas que lo hagan transitable”
Gilber, (2000).**

El marco internacional de protección y promoción de los derechos humanos de las mujeres, se asume que no habrá una sociedad igualitaria en términos de género, ni libre de violencia sexista, si no se logra desarticular las bases culturales sobre las cuales se ha construido el patriarcado, heteronormativo. Con ese horizonte, trabajar en la deconstrucción del paradigma machista, desde el ámbito educativo, entre otros, es uno de los objetivos prioritarios que fijan los dos instrumentos más importantes en materia de igualdad de género: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, conocida como CEDAW (OEA, 1979), por sus siglas en inglés y la Convención de Belém do Pará (OEA, 1995).

Para la socióloga e historiadora argentina Dora Barrancos (2015), directora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET): *“El patriarcado representa en sí mismo un orden violento”*. El sometimiento de las mujeres está en la base de la violencia heredada del pasado remoto en que se impuso la jerarquía masculina en todas las culturas. La secundarización de la condición femenina es un fenómeno universal, aunque no hay duda acerca de la variación histórica y social de las formas patriarcales. Los códigos penales iniciales de nuestras repúblicas facultaban al cónyuge para hacer “justicia” por mano propia en ocasión de hallar a la esposa en fragante situación de infidelidad.

A lo largo de la historia argentina el protagonismo de las mujeres en la lucha por la igualdad de sus derechos contra la construcción social machista (Duhalde, 2012), permitió en las últimas décadas un importante avance en la legislación protectora de la mujer, es así como en el 2010 la sanción de la ley 26.485 (2009) para prevenir y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres marcó un hito en la pelea contra este problema de derechos humanos.

En noviembre de 2016 se realizó en la Sala del Consejo Superior de la UNC la Mesa de Diálogo *“Políticas públicas en materia de violencias de género: reflexiones, estrategias y articulaciones posibles”* con representantes del Consejo Nacional de la Mujer, Consejo Provincial de la Mujer, Polo Integral de la Mujer, Fundación para el Estudio de la Mujer y Defensoría de la Comunidad Universitaria. Con la Resol. 1011/2015 del HCS se crea la Comisión responsable

de desarrollar un Plan de Acciones y Herramientas para prevenir, atender y sancionar las violencias de Género en el ámbito de la UNC, asumiendo el compromiso social en la promoción de acciones concretas para construir una vida libre de discriminación y violencias, tal como lo establecen los distintos tratados internacionales suscriptos por nuestro país en torno a las cuestiones de derechos humanos y género.

La Escuela de Enfermería de la FCM de la UNC, adhiriendo a este posicionamiento crea la Comisión contra Violencia de Género y/o Discriminación Sexual avalada por Resol. Interna N° 122/16 y Resol. HCS N° 3672/2016, ambas puestas en conocimiento mediante sesión del Consejo Consultivo de la Escuela de Enfermería, a la comunidad educativa en general.

OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA

- Reflexionar acerca del involucramiento de los enfermeros en temáticas sociales y actuales como la violencia machista.
- Rescatar la importancia del trabajo colaborativo y la construcción de vínculos que trasciendan el tiempo.

Quitar sangría Algunos eventos movilizadores

Ante este contexto de regulación, suceden en la institución algunos acontecimientos de casos urgentes, que movilizan a toda la comunidad educativa, tales como violencia física, verbal, denuncias, restricciones de accesos de alumnos para el cuidado a otros, etc. Estos llevaron a reflexionar la necesidad de desarrollar herramientas de abordaje y acompañamiento institucional ante estas problemáticas, sensibilizar e involucrar a los enfermeros en la temática de la violencia de género.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Fue la autora de este relato de experiencia quien tomó la iniciativa de realizar las primeras gestiones para la concreción en la institución de la Comisión.

En la primera etapa, se desarrollaron estrategias de asesoramiento con la Secretaria de Extensión de la UNC- Lic. Analía Barrionuevo por aquel entonces coordinadora del Plan de Acciones para Prevenir, Atender y Sancionar las Violencias de Género en el ámbito de la UNC, perteneciente a la Secretaria de Extensión Universitaria (SEU), actual coordinadora de la Unidad Central

de Políticas de Género (UCPG). Quién asesoró acerca del Plan de acciones de la UNC. Desde allí estableciéndose una comunicación fluida que se mantiene hasta el día de hoy.

En una segunda etapa, se convocó a no docentes, docentes, estudiantes y egresados mediante reuniones periódicas presenciales; constituyéndose un equipo de trabajo, que complementaba actividades mediante la virtualidad (documento Google Drive), donde compartían información en relación a la temática.

En la tercera etapa, se construyeron los objetivos de la Comisión siendo el general; - Promover un ambiente libre de violencia de género y discriminación por razones de género y/o identidad sexual en el ámbito universitario; mientras que dentro de los específicos: 1) Promover en el ámbito académico actividades de sensibilización, enmarcados en la lucha contra la Violencia de Género; 2) Detectar tempranamente situaciones de violencia de género en el ámbito universitario; 3) Generar mecanismos de comunicación y acción conjunta con el Centro de Estudiantes, Secretaria de Extensión Universitaria (SEU), Programa de Género de la UNC, Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) y Defensoría de Comunidad Universitaria.

De esta organización se desprendió un plan de acciones que consistió en:

- *Creación del logo*: que identificó y dio identidad a la Comisión, fue creado por la coordinadora y parte de la comisión quien materializó, la idea fue del diseñador

Las mariposas nacen de huevos que una hembra pone en una planta, de cada uno sale una oruga, que cuando crece se convierte en una crisálida, es decir, se envuelve en un capullo dentro del que se desarrolla una 'mariposa' que cuando *es adulta rompe la cubierta y sale al exterior.*

Una mariposa sale de la crisálida. *¡Ahora puede aprender a volar! Se libera y vuela alto, aunque el camino fue negro, ella seca sus lágrimas y convierte el dolor en Amor.*

"... Hoy recuerdo mariposas que ayer sólo fueron humo, mariposas, mariposas que emergieron de lo oscuro bailarinas, silenciosas ..."

Silvio Rodríguez.



COMISIÓN CONTRA LA
VIOLENCIA DE GÉNERO

- Creación del correo y grupo cerrado de Facebook que permitió la sinergia y la coordinación de acciones colectivas.
- Realización de folletería informativa y cartelera acerca de la prevención de la violencia.



- Construcción de un Protocolo de Actuación ante situaciones de Violencia de Género y/o Discriminación Sexual: se confeccionó formulario donde se describe la situación de violencia respetándose la identidad de la víctima mediante un código específico. Se informó asiduamente a la Dirección de la Escuela de Enfermería y se articuló con la Defensoría de la Comunidad Universitaria a cargo de la Lic. Liliana Aguiar y el equipo interdisciplinario del Plan de Acciones y Herramientas para prevenir, atender y sancionar las violencias de Género en el ámbito de la UNC, conformada por una Psicóloga, una Trabajadora Social y una Abogada. También se presentó el protocolo a quienes forman parte de la institución en el Consejo Consultivo de la Escuela de Enfermería.
- Reuniones planificadas y de urgencia ante un caso de violencia machista (con registro en actas).
- Participación activa en la Mesa de Género de la UNC.



- Reuniones frecuentes con el área central de la Policía Federal de Ciudad Universitaria: con el objetivo de dar información en casos donde algunas alumnas tuviesen botón antipático o restricción perimetral recíproca.
- Taller “MalTRATAd@s”: reflexión acerca del fenómeno de Trata, con la participación de la disertante Dra. Cintia Hayipanteli, Subsecretaria de Asistencia y Trata de Personas. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Buzón de consultas en el hall de la Escuela: permitía mantener la privacidad y cuidar la invidualidad de las personas.
- Encuesta de opinión acerca de la Comisión contra la Violencia de Género en la Escuela.
- Actividades diversas con estudiantes: en el festejo del día del estudiante, participación con actividades de reflexión acerca de la temática de Violencia de Género, presentación de la comisión, objetivos y miembros que la constituyen a los recientes ingresantes a la carrera año 2017.

RESULTADOS

Algunos logros desarrollados por la Comisión que se pueden señalar fueron: recepción de numerosas consultas y puesta en acción del protocolo remitiendo a las víctimas a la Defensoría de la Comunidad Universitaria y al Programa de Género de la UNC.

Desarrollo de un trabajo colaborativo, eficaz y de acción urgente tanto con la Defensoría de la Comunidad Universitaria, como con el equipo de profesionales del Programa de Género de la SEU - UNC (Psicóloga, Trabajadora Social y Abogada).

Algunos avances efectivos de acciones protectoras tales como: Un caso efectivo de violencia machista (Resol. N° 4286), con sentencia efectiva de la Justicia Penal, otro de abuso sexual (Resol. N° 41641/2017). Inicio de expedientes por violencia machista por parte del claustro estudiantil (Resol. N° 235/18), con posterior resolución sancionatoria por Estatuto Universitario.

CONCLUSIONES

La consolidación de la Comisión dentro de la Escuela de Enfermería expresa

el compromiso con la prevención de la violencia y basados en el enfoque de derechos.

Korol (2016) refiere "... Las semillas con las que multiplicamos nuestros brotes, fueron sembradas en las comunidades de las que somos parte y en los movimientos en los que participamos activamente. En nuestro jardín, como en otros, hay malezas, espinas, tiempos de aridez y de sequía y momentos de intensa multiplicación de la vida. Aun así, continuamos ..." (p.17).

"... La historia de todos los tiempos y la de hoy especialmente, nos enseña que ... las mujeres serán olvidadas si ellas se olvidan de pensar sobre sí mismas." Louise Otto (2016) y Korol, 2016, p.16).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrancos, D. (2015). *Violencia contra las mujeres*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Recuperado de: <https://www.conicet.gov.ar/violencia-contra-las-mujeres/>

Duhalde, E. (2012). *La lucha de las mujeres, una perspectiva histórica en Derecho de las mujeres en la argentina. El camino hacia la igualdad Participación social y política, trabajo y salud*. Secretaría de Derechos Humanos. 1era Edición. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.jus.gob.ar/media/1129139/27-derechos_de_las_mujeres.pdf

Gilbert, P. (2000). *La simplicidad del principio: Prolegómenos a la metafísica*. Universidad Iberoamericana. 1 Edición. México.

Korol, C. (2016). *Feminismos populares: Pedagogías y políticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Colectivo.

Ley N° 26.485. (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Sancionada: 11 de marzo de 2009. Promulgada de Hecho: 1° de abril de 2009. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf

Organización de Estados Americanos. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre*. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981, de conformidad con el artículo 27. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf

Organización de Estados Americanos. (1995). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Convención de Belém do Pará*. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>

PRÁCTICAS COMUNITARIAS TRANSFORMADORAS DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL. Relato de la experiencia. Escuela de Enfermería – FCM y Facultad de Ciencias de la Comunicación.

Autoras: Catalini, Silvia¹; Coronado, Marcela²; Torres, Julio³; Pereyra, Marta⁴.

RESUMEN

Equiparar tamaño de letra en ambos resúmenes ...

Este artículo presenta la experiencia interdisciplinaria e interfacultades 2019 de las asignaturas Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas y el Taller de Lenguaje II y Producción Radiofónica de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Córdoba. El proyecto parte de una temática social real como motivadora para el aprendizaje por parte de los y las estudiantes: la promoción de las condiciones de salud mental de la población. **Objetivo:** desarrollar una propuesta comunicativa interdisciplinaria para promover condiciones que permitan mejorar la salud mental de la comunidad a través de la realización de un producto comunicacional desde el abordaje de la promoción en la salud mental. El destinatario del mensaje fue la comunidad universitaria en general. **Metodología:** la práctica se desarrolló en tres etapas. Etapa 1: presentación, orientación y vínculos. Etapa 2: investigación para la producción y redacción de informes. Etapa 3: producción de mensajes en plenarios, puesta en vivo y evaluación. **Resultados:** el 100% de los grupos lograron el objetivo de investigación y realización; 76 producciones comunicacionales en diferentes formatos. Logros: aportes interdisciplinarios para la investigación y la producción, reconocimiento de los sentidos atribuidos a la salud mental, aprendizaje grupal, participación de familiares y amigos de los estudiantes en la puesta en vivo, difusión de los productos comunicacionales a través del Canal Salud y redes sociales. Dificultades: lograr acuerdos, negociar, argumentar, sostener un proceso interdisciplinario a través de encuentros presenciales y virtuales. Evaluación del proceso y recomendaciones: aumentar los encuentros presenciales interdisciplinarios para potenciar la articulación intra-grupal y el aprendizaje significativo.

Palabras clave: Promoción. Salud Mental. Salud Pública. Comunicación.

Summary

This article presents the interdisciplinary experience and interfaces 2019 of the subjects Nursing in Mental Health and Psychiatry of the School of Nursing of the Faculty of Medical Sciences and the Workshop of Language II and Radio Production of the Faculty of Communication Sciences of the National University From Cordoba. The project is based on a real social theme as a motivator for students' learning: the promotion of the mental health conditions of the population. **Objective:** to develop an interdisciplinary communicative proposal to promote conditions that allow improving the mental health of the community through the realization of a communicational product from the approach of mental health promotion. The recipient of the message was the university community in general. **Methodology:** the practice was developed in three stages. Stage 1: presentation, orientation and links. Stage 2: research for the production and writing of reports. Stage 3: production of messages in plenaries, live set-up and evaluation. **Results:** 100% of the groups achieved the objective of research and realization; 76 communication productions in different formats. Achievements: interdisciplinary contributions for research and production, recognition of the senses attributed to mental health, group learning, participation of family and friends of students in live performance, dissemination of communication products through the Health Channel and networks social. Difficulties: reach agreements, negotiate, argue, sustain an interdisciplinary process through face-to-face and virtual meetings. Evaluation of the process and recommendations: increase interdisciplinary face-to-face meetings to enhance intra-group articulation and meaningful learning.

Keywords: Promotion. Mental health. Public health. Communication.

1. Lic. en Enfermería. Profesora Asistente. Cátedra Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Escuela Enfermería. FCM. UNC. Contacto: silviacatalini@gmail.com
2. Lic. en Enfermería. Profesora Adjunta. Cátedra Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Escuela Enfermería. FCM. UNC. Contacto: marceale75@gmail.com
3. Lic. en Enfermería. Profesor Asistente. Cátedra Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Escuela Enfermería. FCM. UNC. Contacto: j-torres@gmail.com
4. Lic. en Ciencias de la Comunicación. Profesora Asociada del Taller de Lenguaje II y Producción Radiofónica; Profesora Adjunta a cargo de la Cátedra Producción Radiofónica. Facultad de Ciencias de la Comunicación. UNC. Contacto: marta.pereyra@unc.edu.ar
Antecedentes del trabajo: año 2015: "En campaña. Producción de spots sonoros para la promoción de la salud". Proyecto interdisciplinario e intercátedras. Año 2016: "Nomeolvides. Narraciones multimediales de adultos mayores". Proyecto de extensión interuniversitario e interdisciplinario para la promoción del bienestar de los adultos mayores vulnerables del Hogar Padre Lamónaca". Año 2018: "En campaña, segunda edición" Proyecto interdisciplinario e interuniversitario de Promoción de la Salud Mental- En Campaña segunda edición – FCC- EE- FCM. UNC-S21.

INTRODUCCIÓN

En este texto se relata la experiencia de un Proyecto de Articulación Interdisciplinaria e Inter Facultades denominado: *Transformando los escenarios comunitarios desde una práctica integrada. Producción comunicativa para la promoción de la salud mental*. La actividad es la continuación de una serie de trabajos Inter cátedras iniciados en el año 2015 cuya finalidad es la vinculación entre la comunicación social y la salud para atender temáticas sensibles en la comunidad, en este caso la promoción de la salud mental, y la formación interdisciplinaria de los y las estudiantes de grado. Desarrollar un abordaje de la promoción de la salud mental implica el trabajo pensando desde la comunidad, en donde conceptos de empoderamiento, autonomía y valores sociales cobran relevancia a la hora de generar propuestas innovadoras y transformadoras. En la dimensión educativa, fue una experiencia entre estudiantes y equipos de cátedra de campos disciplinares diferentes que valoran las prácticas de aprendizaje fuera de aula, en diálogo entre saberes, con participación activa y gestión autónoma de los y las estudiantes. Esta articulación se inscribe en un modelo académico de Universidad que tiene como prioridad la incorporación de nuevas metodologías y prácticas orientadas a atender la complejidad de las problemáticas sociales.

La experiencia estuvo orientada por la pedagogía crítica desarrollada en el Taller de Lenguaje II y Producción Radiofónica (FCC) y en la Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (EE-FCM). Esta propuesta concibe la educación como una práctica social que incide en construcción de una conciencia crítica, constructiva y transformadora de las personas que intervienen en el acto educativo. De modo que tiene un rol fundamental en la constitución de sujetos sociales que busquen modificar las determinaciones institucionales y las relaciones sociales dominantes (Pereyra, 2016).

Los procesos de enseñanza y aprendizaje inscriptos en este modelo, trabajados en el cruce de espacios curriculares, parten de problemas sentidos por la sociedad y generan y operan un intercambio que reconfigura y amplía el valor formativo a los y las estudiantes.

La OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2001). Desde este enfoque, la promoción de la salud mental consiste en acciones que propicien entornos y condiciones de vida que permitan a las personas adoptar y mantener modos

de vida saludables (OMS, 2018). Entre las líneas prioritarias están la protección de los derechos civiles, políticos, socio-económicos y culturales básicos, la incorporación en las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental, entre otras. En el camino hacia esta perspectiva integral es esencial la participación en los procesos de otros ámbitos tales como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda y la comunicación (OMS, 2018). Esta última es fundamental en la relación con la salud porque tiene que ver con las prácticas sociales, con los vínculos entre los sujetos, con los intercambios por los cuales se van procesando identidades, normas, valores. Cabe aclarar que el proyecto está animado por este sentido de la comunicación, una perspectiva que no la reduce a los medios de comunicación y la concibe como el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural (Díaz y Uranga, 2011).

Con estos fines, en la experiencia que se relata se seleccionó un tipo de actividad que permitiera el abordaje comunicacional de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental en la línea de las recomendaciones internacionales y, a nivel local, en las legislaciones correspondientes. Tanto la ley Nacional de salud mental como la ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, en lo que respecta al tratamiento de temas de salud mental promueven el enfoque de derechos.

La salud se entiende como un fenómeno social, una realidad presente en la vida cotidiana de las personas, una práctica social atravesada por múltiples procesos, entre ellos comunicacionales. La salud mental y el sufrimiento psíquico, como procesos sociales complejos, requieren un trabajo interdisciplinario e intersectorial desde un sentido comunitario, en el que participen diversos actores recuperando el vínculo entre prácticas comunitarias en terreno, salud mental, sistema de salud y docencia (Bang, 2014). Así, se reconocen múltiples determinantes y entrecruzamientos que incluyen un enfoque participativo, complejo e integral, orientado a la protección de derechos. (Malvárez, 2011 y Vásquez, 2015).

En el marco de esta propuesta educativa se considera la salud mental colectiva como central a la hora de implementar la promoción de la salud asociada a un conjunto de valores colectivos: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Estos conceptos son recuperados por los y las estudiantes en la búsqueda del fortalecimiento de la capacidad colectiva de protección de una salud mental positiva para mejorar el bienestar y la calidad de vida (Sanguineti Pereyra, 2019 y Malvárez, 2011).

En base a lo anterior, esta práctica ofrece herramientas pedagógicas a los y las estudiantes en relación con los saberes, provisorios y relativos (Sanguinetti y Pereyra, 2014) y construcción de nuevos conocimientos y diversas potencialidades educativas en el ámbito interdisciplinar que van orientadas a poder dar respuesta a las necesidades que emergen de la comunidad dentro de un espacio de participación, cultural, artístico y comunicativo (Sanguinetti y Pereyra, 2015). La propuesta de generar producciones comunicativas pretende unir espacios en el ámbito de la universidad y su entorno donde se desarrolla la propuesta de trabajo en terreno y se realiza un intercambio de saberes (Sanguinetti y Pereyra, 2015).

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Participantes: 388 estudiantes, que conformaron grupos de tres participantes de cada disciplina. 15 integrantes de equipos de cátedra.

OBJETIVOS GENERALES

- Reconocer la problemática social relacionada con la salud mental.
- Contribuir a la promoción de la salud mental de la comunidad.
- Desarrollar una actividad interdisciplinaria que enriquezca el proceso de formación de los estudiantes.
- Reconocer la riqueza del aporte de otras disciplinas en los procesos de investigación y producción.

METODOLOGÍA

Quitar sangría **a. Procesos Administrativos:** la Escuela de Enfermería y la Facultad de Ciencias de la Comunicación firmaron un protocolo de colaboración que brindó el marco institucional para el desarrollo de las prácticas.

Quitar sangría **b. Procesos Operativos:**

- Reuniones intercátedras. Los equipos de docentes desarrollaron el proyecto, sus objetivos, marco teórico, justificación, etapas, requerimientos, componentes, recursos, cronograma y materiales didácticos- (3 reuniones).
- Encuentro plenario de presentación y creación de vínculos. Selección de

temas. Cada equipo desarrolló estrategias participativas para concebir las ideas y organizar las tareas- (1 encuentro).

- Encuentros de estudiantes y docentes en tutorías para discusión y corrección.
- Acompañamiento en el relevamiento, escritura de informes, entre otros- (3 tutorías obligatorias, reuniones de grupos necesarias).
- Encuentro plenario de presentación de productos comunicacionales, cierre y evaluación de estudiantes- (1 encuentro).
- Tareas de Investigación de aproximación al tema de la salud mental conceptualización, relevancia, enfoques.
- Tareas de Investigación de aproximación al tema seleccionado por el equipo.
- Conceptualización, factores de riesgo y protección, impacto en la comunidad, entre otros.
- Tareas de Acercamiento a los conceptos de comunicación y salud, enfoques.

ACCIONES

El proyecto se planificó en tres etapas que se desarrollaron en forma simultánea al dictado de las respectivas materias de cada unidad académica las cuales fueron de metodología participativa tanto en la selección del tema, la investigación y la producción y realización de los mensajes de promoción de la salud mental.

Retirar sangría **Etapa I:** Presentación, orientación, construcción de vínculos.

- Orientación a la práctica comunitaria.
- Conformación de los grupos.
- Presentación y Selección de temas.

Este primer encuentro, presencial, interdisciplinario, les permitió conocerse entre las y los alumnos de las asignaturas que participaron. Tuvo una duración de 4 horas e incluyó los momentos de: conocimiento – discusión – selección del tema. Los equipos de cátedra conformaron los grupos con anterioridad al

encuentro para que ese equipo se reúna y, a partir de una dinámica propuesta, se conozcan, intercambien contactos y seleccionen el tema. Una vez seleccionado se puso a prueba con la Guía de Valoración provista por los equipos de cátedra.

Técnica de trabajo grupal: Grafittis.

El primer encuentro se desarrolló en el Playón de Deportes de la Ciudad Universitaria de la UNC. Cada grupo explicitó en un afiche el tema y un concepto sobre él. Luego se reunieron cuatro grupos para definir y explicitar una frase, lema o eslogan que sintetizó el concepto de salud mental del conjunto de grupos. Cierre con la puesta en común de cada lema/slogan.

Retirar sangría **Etapa 2:** Investigación para la Producción y Escritura de Informes

- Justificación del tema: cada grupo presentó vía virtual la fundamentación de la relevancia del tema seleccionado.
- Investigación bibliográfica sobre la temática. Esta etapa se desarrolló en forma virtual y estuvo a cargo de cada cátedra centrada en la investigación teórica y para la producción. Las consignas las brindó cada cátedra por sus vías habituales. La propuesta para trabajar fue que consolidaran el tema y comenzaran la indagación desde la perspectiva de la promoción de la salud mental.

La investigación se volcó en dos informes escritos  cada grupo con especificidades de cada disciplina. En el caso de Enfermería, el género de escritura fue el informe científico que debía contener introducción, marco teórico, conclusión y referencias bibliográficas. En el caso de Comunicación, el género seleccionado fue el informe monográfico que debía contener la investigación temática y de la situación de comunicación además de la investigación temática para dar soporte científico a los contenidos de los mensajes. En esta etapa consultaron bibliografía sobre comunicación y salud, y campañas de promoción.

Cada equipo pudo utilizar la clase de apoyo sobre búsqueda bibliográfica de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría además de la clase específica sobre comunicación y salud y campañas de promoción que brindó el Taller de Comunicación. El seguimiento de la investigación y de la escritura de los informes estuvo a cargo de los tutores de los equipos de cátedra.

Paralelamente, los equipos de cátedra intercambiaban impresiones sobre

los enfoques, el desarrollo de las tareas, la cuestión vincular del grupo, entre otros.

Retirar sangría **Etapa 3:** Producción interdisciplinar

En encuentro Plenario los equipos presentaron el producto comunicacional cuyo formato se había asignado en el transcurso de la Etapa 2. Los formatos trabajados fueron el spot, la payada, la dramatización, la personificación y el testimonio. El evento se denominó “Picnic indisciplinado” y se desarrolló con la presentación en simultáneo en rondas de 14 grupos. Cada ronda era coordinada por docentes y un ayudante alumno. Cada ronda seleccionó uno de los productos para llevar a la presentación plenaria.

La fecha se seleccionó para la Semana de la Salud Mental por lo que en el cierre se guio la coreografía de la canción que representa la Marcha.

En el encuentro se ofreció a quienes participaban un instrumento en línea para la evaluación del Proyecto.

Se contó con el acuerdo y consentimiento verbal de los participantes para la difusión de las imágenes o videos que daban cuenta del trabajo realizado en sus diversas etapas. La difusión se realizó en Canal Salud y otras redes sociales. Canal Salud: <https://www.youtube.com/watch?v=jY9t-wkafvI&feature=youtu.be>

EVALUACIÓN

Con el objetivo de recoger las consideraciones de los y las estudiantes participantes, al cierre de la práctica comunitaria se aplicó un formulario web que propuso las siguientes preguntas:

- ¿Considera que el trabajo interdisciplinario aportó a su formación? Con opciones Sí, No, Tal vez;
- ¿Qué le resultó más atractivo del aprendizaje? con menú de opciones;
- ¿En cuál/es de estos ítems tuvo dificultades? Menú de opciones;
- Sugerencias para mejorar futuras prácticas, abierta de desarrollo.

El total de estudiantes de ambas carreras que respondieron el formulario web fue de 221.

En relación con la primera pregunta: 77,4% respondió que el trabajo interdisciplinario contribuyó a su formación; 17,5% respondió tal vez.

En relación con la segunda pregunta: 36,8% respondió que la práctica fue lo más atractivo por la forma de abordar los temas de la promoción en la salud mental; un 31,1% consideró la puesta en común interdisciplinaria.

En relación con la tercera pregunta: 39,6% respondió sobre la dificultad en el posicionamiento ideológico propuesto por la cátedra (cambio de paradigma salud); 36,8% refiere dificultad en el trabajo grupal; 20,8% refiere dificultad en la metodología de presentación (informe en la asignatura de Enfermería Salud Mental y Psiquiatría y en el Taller 2 Informe Monográfico sobre el tema y la situación de comunicación).

CONCLUSIONES

Retirar sangría **Logros**

El espacio constituido colectivamente permitió la ampliación de las relaciones sociales incrementando los saberes entre sujetos sociales y la apertura de espacios de debate desde una posición crítica (Pereyra, 2015).

La participación de estudiantes fue alta durante todas las etapas y los grupos generaron intercambios de vivencias, de conocimientos, creatividad, debates, análisis y reflexión sobre las nociones de salud mental, comunicación y los temas abordados.

La práctica permitió a los y las estudiantes la primera experiencia interdisciplinaria en el cursado de la carrera, un logro que se aprecia en particular porque ambas materias corresponden a los ciclos básicos de carreras masivas.

La experiencia permite abordar la praxis reflexiva (Freire, 1971) como oportunidad de cuestionamiento de nociones y sentidos atribuidos a la salud mental. Esto impacta en los modos de vinculación de la teoría y de la práctica permitiendo una comprensión dialéctica de ambos momentos.

La metodología participativa permitió el reconocimiento de las problemáticas de salud mental de manera situada y contextual en la comunidad.

El trabajo grupal permitió a los y las estudiantes sensibilización en las temáticas, el reconocimiento de valores colectivos, la vida, la salud, la solidaridad,

aceptación de nuevos roles y trabajo con otros; el aprendizaje a partir de los saberes de otros actores sociales; el abordaje y superación de las dificultades del trabajo con otros, la aceptación y discusión de diferentes campos del conocimiento.

Las experiencias intercátedras e interdisciplinarias se constituyen, para los equipos docentes, en espacios de innovación pedagógica desde la integralidad del proceso educativo afianzando modelos educativos transformadores (Pereyra, 2014).

El carácter interdisciplinar (Cano y Castro, 2016) otorgó al contenido curricular un enfoque que complejiza los conceptos.

La presentación del “Picnic indisciplinado” de cierre se realizó ocupando espacios de Ciudad Universitaria fuera de las aulas y en contacto con la comunidad universitaria. Se vivenciaron experiencias memorables, creatividad, humor, vínculos, afectividades propias de una experiencia de trabajo innovadora (Boruchalsky, 2017) que permite la concientización sobre la salud mental, refuerza los vínculos disciplinares y transforma en acción la comunicación y la salud (Sanguineti y Pereyra, 2015).

Retirar sangría **Dificultades**

Los y las estudiantes dieron cuenta de dificultades de articulación entre las materias, atribuidas a improntas disciplinares, pedagógicas y profesionales diferentes. Estas dificultades se expresaron en los consensos para espacios de trabajos grupales, los acuerdos y las negociaciones, la argumentación de posiciones, la necesidad de equilibrar el esfuerzo.

Los y las estudiantes plantearon en la evaluación, en coincidencia con los docentes, la necesidad de incrementar el número de momentos de encuentro presencial dado que éste enriqueció la relación vincular y el conocimiento del otro.

Los y las docentes reflexionaron sobre la necesidad de articular espacios compartidos de tutorías para reconocimiento y enriquecimiento.

Retirar sangría **Consideraciones**

Entendemos la comunicación como diálogo, el necesario intercambio que se debe establecer entre todos los implicados en un proceso que persigue

cambios. Por lo tanto, los actores son dinámicos y activos en las estrategias que se dan para establecer sus relaciones y toman decisiones respecto de los contenidos de la comunicación. Este enfoque comunicacional de la experiencia realizada buscó que el estudiantado de enfermería y de comunicación social realizaran un proceso de concientización y de profunda comprensión de la realidad de la salud mental durante sus procesos de formación profesional. La finalidad de producir mensajes comunicacionales que atendieran la población destinataria y sus raíces culturales, ha superado las expectativas de los y las participantes. Fue un producto de trabajo colaborativo de expresión de saber, una acción que rompe muros de y hacia la transformación y desmanicomialización.

En relación con el contenido curricular de ambas asignaturas rescatamos el valor de haber creado posibilidades para la producción o construcción de conocimiento, y no su transferencia (Freire, Op. Cit). La experiencia ha permitido desmitificar la masividad como impedimento para prácticas fuera de aula e interdisciplinarias. Para mejorar el abordaje entre los equipos de cátedra se requeriría mayor cantidad de encuentros de discusión y puesta en común que profundicen la construcción de conocimiento y la gestión de los procesos de manera horizontal y participativa. En el mismo sentido continuar el trabajo institucional de articulación como respuesta al interés y el compromiso de los y las estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual. (2010). *Tratamiento de las prácticas suicidas en los medios audiovisuales*. Buenos Aires: AFSCA. Recuperado en marzo de 2019 de: <https://es.calameo.com/books/001632393bdcc3ec29d8b>

Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas* *Psicoperspectivas*. Valparaíso, Chile, 13(2), 109-120. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>.

Bang, C. (2014). *Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red*. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. 32 (1), 134-142. Recuperado en agosto de 2019 de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/46516>

Boruchalski, E. (2017). *Integración docencia y extensión. Otra forma de aprender y de enseñar*.

Reseña de libro. 100 Años de la Reforma Universitaria. Revista Universidad Nacional del Litoral. Argentina. Recuperado en marzo de 2019 de: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/Extension/article/view/6379/9338>.

 Cano Menoni, A. y Castro Vilaboia, D. (2016). *La extensión universitaria en la transformación de la educación superior*. Revista Andamios, 13, (31), 313-337.

Defensoría del Público. Presidencia de la Nación. (2011). *Texto Completo de la Ley N° 26522. Servicios de Comunicación audiovisual*. Buenos Aires. Argentina. Recuperado en junio de 2019 de: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/155000-159999/158649/norma.htm>

Díaz, H. y Uranga. Washington (2011). *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria*. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 1 n° 1, pp. 113-124.

Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2016). *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Buenos Aires. Argentina. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000479cnt-recomendaciones-tratamiento-temas-salud-mental-medios.pdf>

Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). *Salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Recuperado en marzo de 2019 de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2582

Guía para el Tratamiento Mediático responsable de la Salud Mental. (2014). - 1a. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Ed. Eudeba. Recuperado en marzo de 2019 de: https://defensadelpublico.gov.ar/wpcontent/uploads/2016/08/guia_salud_mental_marzo2015-1.pdf

Freire, P. (1971). *La Educación como Práctica de la Libertad*. (Prólogo de Julio Barreiro). 3ª Edic. Edit. Tierra Nueva. Montevideo, Uruguay.

Malvárez, S. (2014). *Salud Mental Comunitaria: trayectoria y contribuciones de la Enfermería*. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 4 (2). Recuperado en marzo de 2019 de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27040/salud-mentalcomunitaria-trayectoria-y-contribuciones-de-la-enfermeria/>

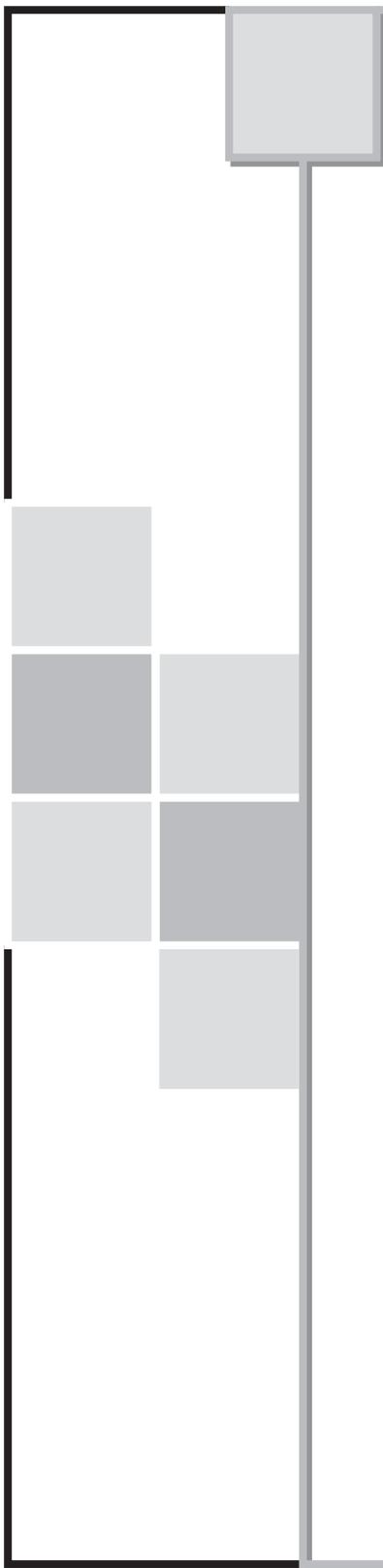
Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2016). *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Buenos Aires. Argentina. Recuperado en marzo de 2019 de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000479cnt-recomendaciones-tratamiento-temas-salud-mental-medios.pdf>.

- OMS. (2014). *Conceptos, evidencias emergentes, prácticas*. Informe compendiado/informe de Organización Mundial de la Salud, Colaboración con Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne. Recuperado el 12 noviembre de 2019 de: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS. (2018). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. Promoción y protección de la salud mental*. Recuperado el 12 noviembre de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OPS. (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*. Recuperado en marzo de 2019 de: www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf?ua=1
- Pereyra, M. (2015). *Actividades y experiencias radiofónicas en complementariedad entre estudiantes de la universidad y radios comunitarias*. En: V Foro de Extensión Universitaria. Córdoba, Argentina. Recuperado en julio de 2019 de: https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4637/sanguineti_pereyra_vocacion_radio.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Pereyra, M. (Ed.). (2016). *Extender las aulas el desafío de curricular la extensión*. En: Extensión Universitaria. Posición Ideológica, decisión política al servicio de la comunidad. (pp. 47-59). Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Pereyra, M. (2015). *Extender las aulas, un proyecto de articulación de docencia, investigación y extensión desde la producción radiofónica*. En: XVII Congreso de la Red de Carreras de Comunicación Social y Periodismo de Argentina. Recuperado en abril de 2019 de: http://www.redcom2015.eci.unc.edu.ar/files/REDCOM/EJE5/redcom_-_5_-_13_Pereyra%20Quinteros.pdf
- Pereyra, M. (2014). *Recursos profesionales para la nueva Ley. El desafío de los estudiantes*. Escuela de Ciencias de la Información. UNC, Revista El Cactus. Revista de Comunicación, 3. 18-20.
- Poder Legislativo Nacional. (2010). *Ley Nacional De Salud Mental N° 26657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias*. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en mayo de 2019 de: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>
- Sanguineti, S. y Pereyra, M. (Ed.). (2014). *Extensión universitaria. Posición ideológica y decisión política, al servicio de la comunidad*. Córdoba, Argentina: Editorial. Brujas.

Sanguinetti, S. Pereyra, M. (Ed). (2015). *Vocación de radio. Procesos de producción*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Brujas.

Sanguinetti, S. y Pereyra, M. (Ed.) (2019). *Los sistemas expresivos y la estética del lenguaje sonoro*. Córdoba, Argentina: Editorial. Brujas.

Vázquez, J. (2015). *El derecho a vivir y a ser incluido en la comunidad*. En: Actas de la Conferencia Regional de Salud Mental. OPS/OMS. Santiago de Chile.



OFERTAS DE POSGRADO





FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

SECRETARÍA DE
**GRADUADOS EN
CS. DE LA SALUD**



Universidad
Nacional
de Córdoba



Maestría en Salud
Materno-Infantil

La **Maestría en Salud Materno Infantil** de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba tiene como objetivo principal formar profesionales graduados en Ciencias de la Salud con una sólida capacitación científica-tecnológica que les permita tener una aptitud crítica para innovar y resolver problemas referidos a la atención integral de la salud de mujeres, niños, niñas y adolescentes.

De esta manera, a través de una Formación Profesional interdisciplinaria, se promoverá la investigación en servicios materno infantiles centrados en la mujer, el niño/a y la familia; y se estimulará la capacidad de respuesta frente a la compleja dinámica social del mundo actual de la mujer, el niño/a, la familia y la sociedad, fortaleciendo y consolidando sus competencias en el campo de la salud materno infantil.

Título con validez Nacional

Carrera aprobada por Resolución Rectoral N° 227/94. Carrera de posgrado acreditada por Resol. RESFC-2018-80-CONEAU. MECCYT. Bs. As. 27/09/2018 (CONEAU).

Tipo de maestría: Maestría Profesional.

Duración: 2 años.

Modalidad: Presencial.

Cohorte 2020

Inscripciones: Desde el 3 de Febrero hasta el 4 de Abril del 2020.

INICIO: ABRIL 2020.

Cursado: Dos encuentros por mes- **Jueves, Viernes y Sábado** (mañana y tarde).

1er. Cuatrimestre: Formación teórica.

2do. Cuatrimestre: Formación teórica y en instituciones de salud.

Para mayor información:

Pabellón Escuela de Enfermería - 1er. Piso - Av. Haya de la Torre s/n

Ciudad Universitaria. Córdoba. Argentina.

E-mail: maestría_smi@fcm.unc.edu.ar – Tel. (0351) 4334028 – 4334043.



Autoridades

Universidad Nacional de Córdoba

Rector: Dr. Francisco Tamarit
Vice-Rectora: Dra. Silvia Noemi Barei

Facultad de Ciencias Médicas

Decano: Prof. Dr. Marcelo A. Yorio
Vicedecano: Prof. Dra. Marta H. Fíol de Cuneo
Secretario Graduados en Ciencias de la Salud:
Prof. Dr. Salvador Lizzio

Escuela de Enfermería

Directora: Esp. Lic. Mirta Piovano
Vice-Directora: Lic. Gloria Longoni

Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Directora: Lic. Esp. Sandra Roxana E. Cevilan
Esp. En Salud Social y Comunitaria
Diplomada en Salud Mental
Maestranda en Antropología



"... la práctica educativa no debería limitarse sólo a la lectura de la palabra, a la lectura del texto, sino que debería incluir la lectura del contexto, la lectura del mundo".

(P. Freire)

Cómo llegar



Información de Interés

Pasos a seguir:

1. Documentación presentar durante: Abril-Mayo 2016 de 9 a 13 hs - Área de Postgrado 1º Piso Escuela de Enfermería
2. Pre- Inscripción por Sistema GUARANI: Abril a Mayo 2016- Autogestión
3. Con la Impresión de la Pre-inscripción por Sistema GUARANI los días 1 al 30 de Junio concurrir de 8:30 hs a 13 hs - Secretaría de Graduados de Ciencias de la Salud
4. Enviar un correo electrónico a enfermeriaespecializacion@gmail.com

ASUNTO: Inscripto



Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud.
Escuela de Enfermería.



Especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria.

NUEVO PLAN- 2 AÑOS DE DURACIÓN



La Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria se enuncia como un área de discernimiento con eje en el paradigma cualitativo interpretativo de la salud familiar y comunitaria, donde el profesional enfermero desarrolla un conocimiento profundo de la realidad sanitaria de los sujetos y grupos en sus contextos. Esto posibilita la implementación acciones de cuidados, en un trabajo integrado con los propios actores sociales, hacia la promoción de modos de vida saludables y prevención de riesgos potenciales para la salud.

Propósito:

Ofrecer una preparación con una sólida formación social, humanística y técnica que permita desarrollar un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad con familias, grupos comunitarios e individuos en su contexto.

Promover el establecimiento de vínculos desde la responsabilidad compartida e intersubjetiva, actuando dentro de los marcos ético-legales de la disciplina, y con una conciencia social e institucional, que incluya como eje el respeto a los DDHH, elevando el nivel de salud del colectivo social.

Título Otorgado

"Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria".
Expedido por la Universidad Nacional de Córdoba.
Acreditada por CONEAU Resolución: RD 376/15.

Destinatarios:

Licenciados en Enfermería egresados de Universidad Argentina o extranjera.



Equipo Docente.

Integrado por un equipo de profesionales con experiencia y formación en salud social, familiar y comunitaria e investigación cuyo objetivo es acompañar a cada especializando, en su formación, hacia la construcción de nuevos saberes, para la búsqueda de alternativas de cuidado de la salud, respetando los derechos y la diversidad cultural, del colectivo social y sus múltiples determinantes de la salud.

Modalidad

Un encuentro mensual: 2dos jueves, viernes y sábados de cada mes. (Jueves y Viernes de 9:00 hs a 18:00 hs y Sábado de 9:00 hs a 12:00 hs.)

Duración de la Carrera:

Dos años.

Plan de Estudios.

1º Año

- Bases Conceptuales de la salud, comunidad y Familia. Enfermería: enfoque sociológico.
- Salud Colectiva: dimensiones y lineamientos.
- Investigación en Enfermería Comunitaria

- Cursos complementarios
 - Búsqueda Bibliográfica
 - Bioestadística I

2º Año

- Familia y Comunidad como unidades de atención.
- Gestión del cuidado enfermero a la familia y comunidad.
- Trabajo Final: Proyecto de intervención
 - Cursos complementarios
 - Inglés
 - Bioestadística II

* Seminarios: la Carrera ofrece seminarios que otorgaran créditos al cursado.

Requisitos de Postulación

- Dos fotos color 4x4
- Fotocopia DNI. Anverso y reverso.
- Fotocopia autenticada de título de Licenciado en Enfermería.
- Currículum nominativo.
- Poser matrícula profesional
- Acreditar como mínimo un año de ejercicio profesional
- Certificado de salud expedido por institución pública
- Carta de presentación del Director de la Institución en la que se desempeña.

Requisitos de Admisión

- Presentación por escrito de una experiencia en la que haya participado, en la atención de una familia o grupo comunitario, detectando, interviniendo y evaluando los resultados obtenidos
- Entrevista Personal con autoridades de la especialidad.

Aranceles.

Tasa académica

Matrícula: Ciento cincuenta pesos (\$150).

Cuota mensual: 22 cuotas totales a abonar del siguiente modo:

- 1º año: 11 cuotas (\$1000) de mil pesos.
- 2º año: 11 cuotas (\$1100) de mil cien pesos.
- 1 cuota anual de \$1000 de mil pesos por tutorías

Preinscripciones:

Abril a Mayo de 2016.
Horario: de lunes a viernes de 9 a 13 horas en la sede de la Escuela de Enfermería, Área de Posgrado, 1º Piso.

Inscripciones:

desde el 1 al 30 de Junio de 2016.

Inicio de clases: Julio de 2016.

Información y Sede:

Para más información dirigirse a la sede de la Escuela de Enfermería.
Área de Posgrado. Primer Piso. Dr. Haya de la Torre s/n.
Ciudad Universitaria. Córdoba. Capital.

República Argentina. C.P. 5000.

Tel/Fax: (0351) 4334028 y 4334043/Cel/0351-155742304

E-mail: enfermeriaespecializacion@gmail.com

Sitio Web: www.efamiliarcomunitaria.fcmm.unc.edu.ar





Autoridades

Universidad Nacional de Córdoba

Rector: Dr. Hugo Oscar Yuri
Vicerrector: Dr. Ramón Pedro Yanzi Ferreira

Facultad de Ciencias Médicas

Decano: Prof. Dr. Rogelio D. Pízzì
Vicedecano: Prof. Dra. María H. Fiol de Cuneo
Secretario de Graduados en Cs. de la Salud:
Prof. Dr. Bernardo Gandini

Sub-Secretario Académico de la Secretaría de
Graduados en Cs. de la Salud: Prof. Dr. Jorge Paván

Escuela de Enfermería

Directora: Lic. Mgter. Juana Beatriz Sigampra
Vicedirectora: Lic. Esp. María Laura Romero

Carrera de Especialización en Administración y Gestión en Enfermería

Directora: Lic. Mgter. Juana Beatriz Sigampra

Especialización en Administración y Gestión en Enfermería

Carrera acreditada y categorizada "B"
(RES 216/18 Coneau M.E.)

Inscripciones:

- Del 18 al 29 de Marzo de 2019.
- Inicio: 25 de Abril de 2019.

Tasa Académica:

Inscripción y Matrícula:
Costos estipulados en Secretaría de Graduados en
Ciencias de la Salud.

Aranzel de la carrera:

- 22 cuotas totales a abonar del siguiente modo:
- Primeras 11 cuotas (Año 2019): \$ 3.250
- Subsiguientes 11 cuotas (Año 2020): \$ 3.950

Informes:

Área de Posgrado, 1° piso, Escuela de Enfermería,
UNC, Lunas a viernes de 9:00 a 12:00 horas.
Dr. Haya de la Torre s/n - Ciudad Universitaria -
CP. 5016 - Córdoba.
Teléfonos: 0351 - 4354028 / 4033. Int. 102 y 110
E-mail: esgeeme@gmail.com

Convocatoria a Inscripciones Cohorte 2019 - 2020

Inicia: Abril 2019



"2019 - AÑO DE LA EXPORTACIÓN"

- **Propósito:** Promover la formación de Recursos Humanos de cuarto nivel en el Área de Administración y Gestión en Enfermería.

- **Título Obtenido:** Especialista en Administración y Gestión en Enfermería.

- **Perfil del Egresado:** Se orienta al desarrollo de las siguientes competencias:

- Planificar, organizar, dirigir y evaluar Servicios y Áreas de Enfermería en distintos niveles gubernamentales y no gubernamentales.
- Integrarse a organismos y comisiones a nivel local, nacional y regional, como especialista asesor en el Área.
- Participar en la formulación de políticas de formación y gestión de recursos humanos en Enfermería.
- Ejercer liderazgo en la generación e implementación de estrategias de cambio en la gestión institucional y de Enfermería.
- Promover y desarrollar estudios científicos dirigidos a mejorar la gestión del cuidado enfermero.



- **Duración:**

1056 (mil cincuenta y seis) horas teórico-prácticas totales (469 teóricas y 586 prácticas) más de 160 horas de tutorías.

- **Plan de Estudios:**

Se basa en el sistema de créditos para el cursado y aprobación de la Carrera - **53 créditos en total** - lo que aporta flexibilidad al plan y permite establecer equivalencias entre diferentes programas de posgrado de Unidades Académicas oficialmente reconocidas.

- **Primer Año:**

- Planificación en Enfermería.
- Organización de Servicios de Enfermería.
- Gestión de Recursos Humanos en Enfermería.
- Evaluación de Servicios.
- Seminario de Administración, Gestión y Capacitación.

- **Tutorías.**

- **Segundo Año:**

- Gerencia del cuidado.
- Ética Deontológica en Administración.
- Elaboración de Proyectos.
- Seminario de Desarrollo Organizacional.

- **Tutorías.**

- **Prácticas en Terreno.**

- **Trabajo Integrador Final.**



- **Destinatarios:**

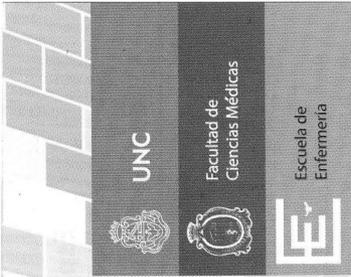
Licenciados en Enfermería:

- Que se desempeñan en niveles de conducción de los Servicios de Enfermería o áreas afines a la disciplina.

Quienes aspiren a ocuparles y todos aquellos comprometidos con la mejora continua de la calidad del cuidado enfermero a través de la Administración y Gestión en Enfermería.

- **Requisitos de Ingreso:**

- Copia legalizada del título universitario de Licenciado en Enfermería.
 - Curriculum vitae nominativo.
 - Carta de presentación de la institución a la que pertenece.
 - Dos fotos color 4 x 4.
 - Entrevista personal con miembros del Consejo Académico de la Carrera.
- Ingreso: pre-inscripción vía web (www.sges.fcim.unc.edu.ar) la que deberá ser presentada impresa y personalmente en Despacho de Alumnos de la Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud.



Autoridades

Rector:
Dr. Hugo Juri

Vice Rector:
Dr. Pedro Yanzi Ferreyra

Decano:
Prof. Dr. Marcelo Yorio

Sec. de Graduados en Ciencias de la Salud:
Prof. Dr. Salvador Lizzio

Directora de la Especialidad:
Dra. María Cristina Cometto

Destinatarios:
Licenciadas/os en Enfermería.

Staff Docente:
Integrado por prestigiosos profesionales de distintas áreas disciplinares, de Universidades Nacionales, Privadas y Extranjeras, de Salud Gubernamentales y no Gubernamentales.



Especialización en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico

Aprobado por CONEAU N° 1406/13
Ministerio de Educación Res. N° 2868/2015

Modalidad de Cursado:
Un encuentro mensual los días Viernes y Sábados de 8:30 a 18:00hs.

Aula Virtual:
Como apoyo a la presencialidad. Tutorías sincrónicas y asincrónicas.

Informes:
Área de Posgrado, 1er piso.
Escuela de Enfermería.
Lunes a Viernes de 9 a 13 hs.
Ciudad Universitaria.

Tel: 0351 4334028/4043 interno 102 y 115
enfermeria@fcm.unc.edu.ar
eecpc@fcm.unc.edu.ar

www.fcm.unc.edu.ar
www.moodle.fcm.unc.edu.ar

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN



Especialización en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico

Aprobado por CONEAU N°1406/13
Ministerio de Educación Res. N° 2868/2015

La especialidad fue creada por:

Resol. 1031/12 HCD, FCM, UNC.

Resol. 193/13 HCS, UNC en el ámbito
de la Universidad Nac. de Córdoba.

Su Propósito es:

*Formar graduados de Enfermería como
especialistas en el cuidado del paciente
crítico con base científico técnica y huma-
nística, capaces de brindar cuidado seguro
y de excelencia a los pacientes y su familia.*

TÍTULO QUE OTORGA:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO.

Duración:

1115 (Mil ciento quince) horas totales.
A desarrollarse en 2 años calendario.
(4 cuatrimestres lectivos)

Plan de Estudio

PRIMER AÑO

Asignatura N° I:

Bases conceptuales del cuidado crítico y la
práctica de enfermería.

Asignatura N° II:

Vulnerabilidad y daño a la salud I.

Talleres:

1. Taller de Comunicación, Relaciones Inter-
personales y Trabajo en Equipo (TI)

2. Taller de Metodología de la Investigación
y Enfermería Basada en Evidencias (EBE).

3. Taller de infecciones Nosocomiales (IN).

4. Taller de Conductas Seguras en Farmaco-
logía (CF).

5. Taller de Reanimación Cardiopulmonar
Básica y Avanzada.

6. Taller de Asistencia Ventilatoria Mecánica.



SEGUNDO AÑO

Asignatura N° III:

Vulnerabilidad y daño a la Salud II.

Cursos Optativos:

1. El cuidado del paciente con dolor y
la familia.

2. Salud y Seguridad de los trabajadores
de la salud.

3. El cuidado del paciente crítico con
nutrición enteral y parenteral.

4. El cuidado del paciente con arritmias
cardíacas.

EXPERIENCIA CLÍNICA EN TERRENO
- Trabajo integrador Final -

Requisitos de admisión

- Copia legalizada del Título
Universitario de Licenciado en
Enfermería.
- Currículum vitae nominativo.
- Carta de presentación solicitando la
inscripción.
- Dos fotos 4x4.
- Entrevista personal con miembros
del Consejo Académico.
- Fotocopia de Matrícula Profesional y
DNI.

INICIA:
JULIO DE CADA AÑO LECTIVO

NORMAS DE PUBLICACIÓN



REVISTA CREAR EN SALUD

Instrucciones de Publicación

La revista **Crear en Salud** es el órgano de difusión de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, destinada a la publicación de artículos académicos, científicos y técnicos originales que contribuyan al estudio del Proceso Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado y Educación en el campo disciplinar de Enfermería.

La revista incluye revisión por expertos (peer-review) somete los artículos que publica a la evaluación de revisores, expertos en la materia, que no forman parte del consejo editorial de la revista. Este Referato está bajo la responsabilidad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Normas Editoriales

Se aceptarán: Informes de Investigaciones, Relatos de Experiencias, Notas Teóricas, Informes Técnicos, Ensayos y Modelos de Intervención.

Como máximo se podrán publicar dos artículos inéditos por autor en cada número, destinados exclusivamente a la Revista Crear en Salud, los que serán sometidos a evaluación de los integrantes del Comité de Referato. Los artículos deberán ser enviados hasta el 30 de mayo de 2018, acompañados de una carta de solicitud de publicación que informe: dirección, teléfono / fax - e-mail para contacto con los autores responsables.

Se especificará además la clasificación de los artículos y se realizará la declaración de exclusividad del destino del artículo para la **Revista CREAR en Salud**.

Se aceptarán solo artículos en idioma español.

Los autores de los artículos no aceptados, serán notificados y los motivos informados a aquellos que así lo soliciten.

Aquellas investigaciones o experiencias que impliquen la participación de seres humanos deberán ajustarse al Art. 3 de la Ley 25467/01.

Los artículos presentados en eventos (congresos, seminarios, simposios, etc.) serán aceptados siempre y cuando, no hayan sido publicados integralmente en

anuales o memorias y tengan autorización por escrito de la entidad organizadora. Excepcionalmente serán aceptados artículos publicados en ediciones extranjeras, si fueron autorizados por el Comité Editorial de dicha publicación.

Las opiniones y conceptos emitidos en los artículos, así como la exactitud, adecuación y procedencia de las citas bibliográficas serán de exclusiva responsabilidad de los autores, no reflejando necesariamente la opinión del Comité Editor.

No se aceptarán artículos que no se ajusten estrictamente a las presentes normas de publicación.

Pautas generales

Los escritos deben presentarse en computadora (Sistema Operativo Windows, versión 2007 en adelante), papel blanco, tamaño A4, en una sola carilla, letra Arial o Times New Roman 12. El margen izquierdo de 3 cm y el derecho, superior e inferior de 2,5 cm. El espacio de interlineado requerido es múltiple de 1,15. Las palabras que deseen resaltarse deberán ir en cursiva, no en negrita, ni subrayado.

Los artículos deberán constar de las siguientes partes:

- 1) Título, en letras mayúsculas, en negrita y sin subrayar.
- 2) Subtítulo, en letras minúsculas, con negrita.
- 3) Nombre completo del Autor o Autores (y al pie de página, la formación académica y cargo actual de todos los autores).
- 4) Resumen (en un solo párrafo de no más de 300 palabras, letra Arial o Times New Roman, tamaño 10 pts.) con su respectiva traducción al idioma inglés.
- 5) Palabras Clave de tres a cinco.
- 6) Cuerpo del Artículo.
- 7) Bibliografía: según normas APA. Consultar la siguiente página URL: https://w.uces.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Citas_bibliograficas-APA-2017.pdf

En letra Arial o Times New Roman, tamaño 11 pts.

La Bibliografía comprende diferentes secciones:

- **CITAS BIBLIOGRÁFICAS:** incorporadas al texto de manera textual, parafraseada, en otro idioma, o de segunda mano.

• **LISTA DE REFERENCIAS:** ubicadas al final del texto consiste en una lista completa de los documentos a los que remiten las citas bibliográficas contenidas en el texto del trabajo. No se debe omitir ninguna obra consultada. Se deberán ordenar alfabéticamente por apellido de autor, o primera palabra si es autor corporativo o por título si la publicación no tiene autor. La lista se iniciará en una nueva página, a simple espacio y se continúa con una sangría si la referencia ocupa más de una línea.

Las referencias con el mismo autor se ordenan por el año de publicación, colocando la más antigua en primer lugar.

• **NOTAS:** las frases o párrafos aclaratorios que amplían la información proporcionada en el texto se citan mediante notas. Se deben colocar a continuación de la Lista de Referencias Bibliográficas, en orden secuencial. Debe utilizarse la numeración automática del procesador de textos.

• **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:** las fuentes consultadas que no hayan sido citadas en el texto, se ordenarán alfabéticamente según el apellido de los autores y/o autoras.

8) TABLAS Y FIGURAS, se colocan en Anexos.

Extensión del trabajo

Los textos deberán constar como máximo de 15 carillas, incluyendo gráficos, tablas, las notas y bibliografía. Deberán presentarse en formato Word desde versión 2007 en adelante y en un solo archivo. Para una mejor orientación de los autores se brindan especificaciones para cada tipo de artículos.

Ilustraciones

Las tablas o gráficos deberán ir en anexos y por separados en formato de imagen JPG y llevar numeración arábica, de acuerdo con el orden de aparición.

Deben ser inéditas/os, en el caso de no serlo se acompañarán del respectivo permiso para su reproducción.

Serán aceptados hasta ocho tablas o gráficos o figuras legibles.

El título debe consignarse en la parte superior y las notas en la inferior. La información que presenta la tabla debe ser clara y bien organizada y tener congruencia con los objetivos de la investigación.

Las figuras (dibujos, esquemas, mapas, fotografías) se ordenarán con número arábigo, según el orden en que se citan en el texto y deben enviarse en alta resolución.

Secciones

- **Informes de Investigaciones:** se presentarán respetando el formato IMRyD, es decir, Introducción, Material y Método, Resultados y Discusión.

- **Modelo de Intervención:** ordena secuencia y sistematiza las acciones prácticas en relación a la orientación que se propone realizar. Establecen procesos y procedimientos concretos de acción en los procesos de trabajo disciplinar.

- **Notas Teóricas:** presenta una marca identificadora que se aplica sobre algún tema a tratar, con el objetivo de individualizarlo, acceder a su reconocimiento, caracterización y precisión poniendo al debate nuevas visiones sobre la cuestión que trata.

- **Relatos de Experiencias:** estarán referidos a todos aquellos escritos que den cuenta de experiencias realizadas en el ámbito de la academia o del servicio y que sea de interés su divulgación. El formato en que deberán presentarse incluirá: Introducción, Desarrollo y Conclusión. En la introducción se plantearán las situaciones preliminares que dieron lugar a la experiencia, los marcos teóricos que fundamentaron su puesta en práctica y los objetivos de la misma. En el desarrollo se consignarán todos los pasos seguidos en la implementación, así como los conflictos, contradicciones, logros y transformaciones alcanzadas. La conclusión debe constituir un espacio de síntesis integradora entre la experiencia y las bases conceptuales seleccionadas, a la vez que puede contener reflexiones de los autores y sugerencias o propuestas.

- **Informes Técnicos:** este espacio estará destinado a todos aquellos relatos de resultados de proyectos o programas que se desarrollaron en forma autónoma o en convenios con instituciones nacionales o internacionales. Es un documento que describe el estado de un problema técnico. Es la exposición de información práctica y útil, de datos y hechos dirigidos, ya sea a una persona, una empresa u organización, sobre una cuestión o asunto que debe ser reportada. En otras palabras, se utiliza para informar sobre las acciones realizadas en el cumplimiento del trabajo. No se estipulan normas específicas en este caso, solo respetar normas generales. Los informes podrán ser parciales o finales.

• **Ensayos:** considerados como el comentario libre en torno de un fenómeno, un tema o un libro. El Ensayo académico es un tipo de composición escrita en prosa que, de forma breve, analiza, interpreta o evalúa un tema. Este tipo de texto, motiva el pensamiento crítico e independiente de quien escribe, ya que incita a un análisis profundo e individual de algún tema en particular. Como características generales podemos decir que todo Ensayo académico hace uso de un lenguaje formal y se escribe en tercera persona del plural o con voz neutra; posee un contenido relevante y bien documentado, así como muestra una opinión propia pero justificada con otras fuentes. Todo Ensayo requiere de una Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Referencias bibliográficas. El autor tiene libertad de enfoque, aunque deberá mantener rigor académico. Admite opiniones personales sin exigencia de pruebas y juicios de valor sobre el tema. Revela en la mayoría de los casos una tesis personal, originalidad y coherencia expositiva.

Proceso de Edición

Los autores enviarán el original en formato Word, por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: **revistacrear.ensalud@gmail.com**

Luego de la aceptación del texto para su publicación, se hará una corrección de estilo que podrá suponer reformulaciones y consultas con los autores.

Una vez que este proceso ha terminado, el autor volverá a revisar el trabajo ya diagramado en pdf o una galera en papel, y en esta instancia, ya NO será posible introducir modificaciones que impliquen un corrimiento del texto de manera sustancial (por ej. agregar o suprimir párrafos).

Confidencialidad

La revisión de los manuscritos se llevará a cabo con el debido respeto a la confidencialidad de los autores. Por ello, los derechos de los autores serán respetados con la no revelación de detalles confidenciales de la revisión de sus manuscritos. Los revisores también tienen derecho a la confidencialidad, que debe ser respetada por el director. La confidencialidad, será resguardada excepto en el caso de que se produzcan sospechas de deshonestidad o fraude.

Los directores no divulgarán ninguna información acerca de la recepción, contenido, situación del proceso de evaluación, críticas de los revisores, o decisión final sobre la publicación o no del manuscrito a ninguna persona, excepto a los mismos autores y revisores del manuscrito.

Los directores dejarán claro a sus revisores que los manuscritos sometidos a evaluación son documentos privados y propiedad de los autores. Por tanto, los revisores y los miembros del staff editorial respetarán los derechos de los autores no discutiendo en público el trabajo de los autores o utilizando las ideas contenidas en el artículo, antes de que el mismo haya sido publicado.

Todos los trabajos tendrán referato y los dictámenes podrán ser:

- Aprobado sin modificaciones.
- Aprobado con modificaciones.
- No aprobado.

En todos los casos, los resultados serán inapelables.

