



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba

2021 - Año de homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Revista de la Escuela de Enfermería FCM UNC | Año 2021 | N° 15 | Julio | ISSN N° 1852-7930 e-ISSN N° 2718-8027



CREAR
en Salud

CREAR en Salud

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

Año 2021 | N° 15 | Julio

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
Córdoba, Argentina.

Correo Electrónico:

revistacrear@enfermeria.fcm.unc.edu.ar

ISSN N° 1852-7930 e-ISSN N° 2718-8027

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

La Revista Crear en Salud utiliza la siguiente licencia de Acceso Abierto para todos sus trabajos:



Licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional.

Staff

Prof. Dr. Rogelio Pizzi, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas. Decano. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Marta Fiol de Cuneo, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas. Vice-Decana. Córdoba, Argentina.

Prof. Mgter. Juana B. Sigampa, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Directora. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Patricia Gómez, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Comité Editor

Prof. Esp. Estela del Valle Díaz, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. Carlos Daniel Ojeda, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. María del Carmen Borgatta, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Graciela Simonetti, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Prof. Dra. Perusset Macarena, Doctora Universidad de Buenos Aires. Área Antropología. Filiación Institucional. Docente Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Lopresti Silvina, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Kinesiología. Córdoba, Argentina.

Comité de Redacción

Prof. Lic. Marcela Coronado, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. Rita Raquel Espeche, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Lic. Gisela Fernanda Villegas, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Ángela Aimar, Universidad Nacional de Villa María. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. María Inés, Bianco, Universidad Nacional de Río IV. Córdoba, Argentina.

Prof. Lic. Marta Beatriz, Pereyra, Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Lic. Elba María Gazal - Revisión Lingüística y de Estilo.

Lic. Maximiliano Almirón - Diseño editorial y maquetación

Consejo Científico Internacional

Prof. Luz Angélica Muñoz González, Doctor en Enfermería de Universidad de São Paulo. Directorio de la Universidad Viña Del Mar. Chile.

Prof. Dr. Augusto Ferreira, Decano Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. R de Uruguay.

Prof. Dr. Hernán Pereira U, Docencia Universitaria por la Universidad Católica del Uruguay (UCU). R de Uruguay.

Prof. Dra., Marta Lenise do Prado, Professora Universida de Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. Brasil.

Dr. Francisco Félix Lana, Coordenação da Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem Brasil (BVS Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil.

Prof. Dra. Diana Achury Saldaña, Profesora asociada, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.

Prof. Esp. María Navarro de Sáez, Magister en Ciencias de la Enfermería. Enfermería Perinatal. Universidad de Carabobo. Venezuela.

Prof. Dra. Venus Elizabeth Medina Maldonado, Profesora Universitaria / Investigadora. Universidad de Carabobo (UC). Venezuela.

Prof. Dr. Ariel Abeldaño, Universidad de Sierra Sur. Departamento de postgrado. Oxaca, México.

Consejo Científico Nacional

Prof. Dra. Silvina María Malvárez, Ex Consultora de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington, EEUU.

Prof. Dra. Ana María Heredia, Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Quilmes. Departamento de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.

Prof. Mg. Karina Espíndola, Directora de la Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes. Presidenta Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA).

SUMARIO

Página 5 **EDITORIAL**

INVESTIGACIONES

Página 8 ACTITUD HACIA EL PROCESO DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE LAS/OS ENFERMERAS/OS.

Página 26 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN.

Página 40 REPERCUSIONES QUE GENERAN LOS DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS DE CUIDADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SER ENFERMERO.

Página 54 CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES Y FAMILIARES QUE CONDICIONAN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Página 71 REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESTADO DE ARTE DE CONCEPTOS SOBRE CUIDADO DE ENFERMERÍA (2016-2020). EN FUNCIÓN DEL MODELO CRÍTICO.

MODELO DE INTERVENCIÓN

Página 89 ELABORACIÓN COLECTIVA DE UN PROGRAMA DE ADAPTACIÓN Y ORIENTACIÓN AL ENFERMERO DE NUEVO INGRESO.

Página 99 **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

EDITORIAL

Nuevamente volvemos a encontraros aun dentro del proceso de la pandemia. Sufrimos muchos costos que la misma va dejando, como la muerte de seres queridos, enfermedad, separación física y aislamiento, daño psicológico y emocional, junto con sus repercusiones en la formación y la economía. Todos estos eventos nos interpelan para que las experiencias vividas sean transformadas en lecciones a poner en práctica, no simplemente para prevenir futuras crisis, sino para el avance del cuidado enfermero con el objeto de mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones.

El colectivo disciplinar de la enfermería a través de su Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en este año 2021, alza su voz promoviendo el avance de la profesión con una visión clara de su horizonte, centrado es dos aspectos fundamentales, la transformación de la atención en la salud y el apoyo a las enfermeras para lograrlo.

Expresa con fuerza que la transformación sanitaria debe guiarse por el cuidado de las personas vulnerables, la comunicación fiable, centrado en la salud pública, con acceso e innovación, implementando cuidados de calidad y asequibles, promoviendo hogares y comunidades sanas.

Para acompañar esta perspectiva es necesario considerar en los recursos humanos de la enfermería algunos requerimientos, como son, lugares seguros para trabajar, reconocimiento del papel fundamental de la enfermería en el sistema de salud, inversiones sostenidas, promoción de la evolución de la profesión, reaseguro en la formación y desarrollo profesional de manera continua.

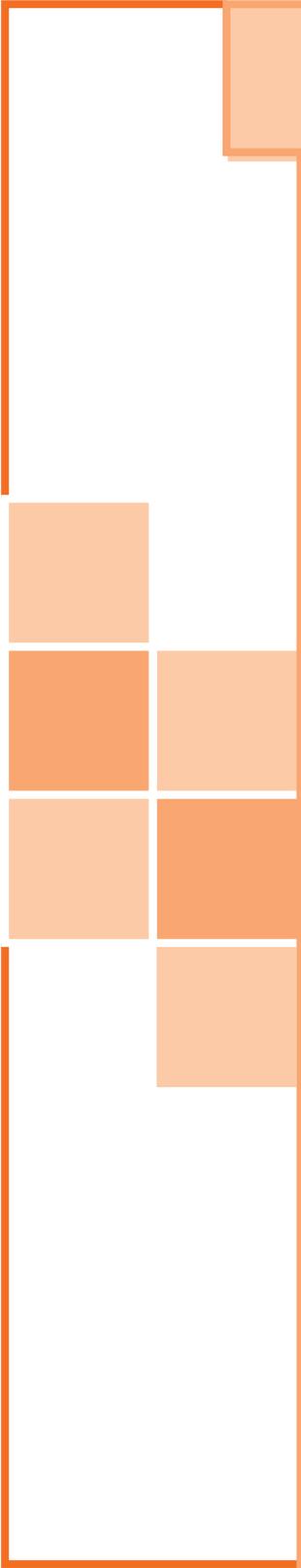
Nuestros desafíos profesionales son ambiciosos, pero creo en la sinergia de la fuerza colectiva cuando los grupos humanos logran consensuar sus sueños, cuando eso sucede, el cambio y los logros se expresan.

Sabiendo que el camino aun es largo y dificultoso, en ocasiones es bueno tener una mochila liviana con algunas herramientas simples, adaptación a la incertidumbre, capacidad de consensuar, aprender de lo vivido y sobre todo el don de paciencia para llegar al destino. Espero que muchos quieran continuar y sumarse a este viaje.

La Escuela de Enfermería continúa con su objetivo de visibilizar las contribuciones del conocimiento enfermero presentando un nuevo número de la Revista Crear en Salud en su modalidad online.

Para finalizar expreso el compromiso sincero de continuar con nuestros sueños profesionales y por supuesto de aprender a disfrutar de la incertidumbre en los caminos que aun recorreremos.

Patricia Gómez



INVESTIGACIONES



ACTITUD HACIA EL PROCESO DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE LAS/OS ENFERMERAS/OS.

NURSES' ATTITUDE TOWARDS THE ORGAN AND TISSUE PROCUREMENT PROCESS.

ATTITUDE DAS ENFERMEIRAS EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

Autoras: Alaníz, Fernando Luis¹; Benítez, Florencia Gabriela²; Villar, Guillermina de los Ángeles³ y Zapata Oliva, Sandra Liccete⁴.

Resumen

Introducción: El trasplante de órganos, tejidos y células se ha convertido en una práctica mundial que puede prolongar y mejorar la calidad de vida. Los avances en las técnicas y tecnología han mejorado la efectividad y la aceptabilidad, con el consecuente aumento de la demanda de estas prácticas. En el desarrollo de este proceso, Enfermería tiene un papel fundamental en la asistencia al posible donante, como así también en el acompañamiento a la familia. Las actitudes constituyen fenómenos de carácter psicosocial que entrelazan aspectos cognitivos, afectivos y conductuales. Objetivo: Establecer las actitudes hacia el proceso de procuración de órganos y tejidos que tienen las/os enfermeras/os de los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba, durante julio-agosto del 2019. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Población: 53 enfermeros/as. Técnica e instrumento de recolección, encuesta con cuestionario de tipo escala de Likert. Resultados: El 86,79% de los enfermeros/as expresaron actitud Indiferente hacia el proceso de procuración de donación de órganos y tejidos, mientras el 7,55% una actitud Positiva y el 5,66% una actitud Negativa. En relación con las dimensiones: “*Con los principios de la Ley N°27.447*”, se obtuvo que el 58,49% presentó actitud Positiva; 37,44% actitud Indiferente y 3,77% actitud Negativa; “*Ante la detección de un posible donante*”, se observó que 58% presento actitud Indiferente; un 36% actitud Positiva y 6% actitud Negativa; “*En el cuidado a un posible donante*”, se recabó que 49,06% sostuvo una actitud Indiferente; 47,17% actitud Positiva y 3,77% Negativa; “*en la relación con la familia de un posible donante*”, se destacó un 58,48% con actitud Indiferente; 26,41% con actitud Positiva y 15,10% dispuso actitud Negativa. Discusión/ Conclusión: Se estableció una actitud Indiferente hacia el proceso de procuración de órganos y tejidos en el/la profesional de Enfermería. Se concluye remarcando que, aunque se observó un nivel cognitivo positivo respecto del proceso, tal conocimiento no conlleva a la realización de acciones coherentes con ello. De allí que en la práctica, el comportamiento difiere, dado que las/los profesionales en su componente conductual manifestaron un predominio por la indiferencia.

Palabras clave: Actitudes, Enfermería, Donación.

* Trabajo final para acceder a título de Licenciado en Enfermería.

1. Lic. en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.C. Contacto: alanizferna@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-9739-3917>

2. Lic. en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.C. Contacto: gaflo_77@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-1296-0282>

3. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.C. Contacto: villarguillermina89@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-7297-9102>

4. Lic. en Enfermería, Sanatorio Allende. Contacto: cindy2003_20@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-7008-2991>

Summary

Introduction Organ, tissue and cell transplants have become a global practice which allows human life extension and improvement. Technical and technological advances have improved both effectiveness and acceptability, resulting in a demand increase for these practices. In the development of this process, Nursing has a key role in assisting the potential donor, as well as in supporting their family. Attitudes are psychosocial phenomena through which cognitive, emotional and behavioural aspects become intertwined. Objective: The objective was to establish the attitudes towards tissue and organ procurement processes of high-complexity service nurses at Hospital Córdoba from July to August of 2019. Methodology: A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted. Participants: 53 nurses. Collection method and instrument: A Likert scale-questionnaire survey was carried out. Results: 86.79 % of nurses expressed indifference towards the organ and tissue procurement process, while 7.55 % of them displayed a positive attitude and 5.66 % presented a negative one. In relation to the dimensions, according to the principles present in the Act No. 27.447, it was found that 58.49 % of nurses presented a positive attitude, 37.44 % expressed indifference and 3.77 % of them displayed a negative attitude. When detecting a potential donor, 58 % of nurses expressed indifference, 36 % presented a positive attitude and 6% of them displayed a negative one. When providing care to a donor, 49.06 % of them expressed indifference, 47.17 % presented a positive attitude and 3.77 % displayed a negative one. When relating to a potential donor's family, 58.48 % of nurses expressed indifference, 26.41 % presented a positive attitude and 15.10 % displayed a negative one. Discussion/Conclusion: Indifference towards the organ and tissue procurement process was found among the nursing professional staff. To conclude, it must be emphasized that, although a positive cognitive level regarding the process was observed, such cognitive level does not necessarily lead to consistent actions. Thus, in practice, the professional's behaviour is inconsistent since they predominantly expressed indifference as part of their behavioural component.

Key words: Attitudes. Nursing. Donation.

Resumo

Introdução O transplante de órgãos, tecidos e células tornou-se uma prática mundial que pode prolongar e melhorar a qualidade de vida. Os avanços nas técnicas e na tecnologia melhoraram a eficácia e a aceitabilidade, com o consequente aumento da demanda por essas práticas. No desenvolvimento desse processo, a enfermagem tem papel fundamental na assistência ao potencial doador, bem como no acompanhamento da família. As atitudes constituem fenômenos psicossociais que entrelaçam aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Objetivo: Estabelecer as atitudes frente ao processo de captação de órgãos e tecidos que os enfermeiros dos serviços de alta complexidade do Hospital de Córdoba tiveram, no período de julho a agosto de 2019. Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, transversal. População: 53 enfermeiras. Técnica e instrumento de coleta, levantamento com questionário do tipo escala Likert. Resultados: 86,79% dos enfermeiros manifestaram atitude Indiferente ao processo de procura de doação de órgãos e tecidos, sendo 7,55% Positiva e 5,66% Negativa. Em relação às dimensões: “Com os princípios da Lei nº 27.447”, obteve-se que 58,49% apresentaram atitude positiva, 37,44% atitude indiferente e 3,77% atitude negativa; “Antes da detecção de um possível doador”, observou-se que 58% apresentavam atitude indiferente, 36% atitude positiva e 6% atitude negativa; “No cuidado de um possível doador”, constatou-se que 49,06% possuíam atitude Indiferente, 47,17% Atitude Positiva e 3,77% Atitude Negativa; “Na relação com a família de um possível doador”, 58,48% destacaram-se com atitude Indiferente, 26,41% com atitude Positiva e 15,10% com atitude Negativa. Discussão / Conclusão: Estabeleceu-se no profissional de enfermagem uma atitude indiferente ao processo de captação de órgãos e tecidos. Concluiu-se observando que, embora tenha sido observado um nível cognitivo positivo em relação ao processo, tal conhecimento não leva à realização de ações condizentes com o mesmo. Assim, na prática, o comportamento difere, visto que os profissionais em seu componente comportamental manifestaram um predomínio da indiferença.

Palavras-chave: Atitudes, Enfermagem, Doação.

Introducción

En la historia de la humanidad, las prácticas de donación y trasplante de órganos se remontan a la antigüedad y se realizaban implicando personas fallecidas y experimentaciones con animales. Con el transcurso del tiempo esto se fue ampliando hacia la donación de órganos entre personas vivas.

Los avances científico-tecnológicos han llevado a que esta práctica se haya vuelto más frecuente en las últimas décadas, entre otras cosas, debido a que ya no es necesario esperar a donante fallecida/o, sino, sobre todo, dar cuenta de la compatibilidad entre donante y receptor. Esto viene acompañado de un proceso de reconocimiento y regulación jurídica que, en nuestro país, ha implicado avances como los que se describen a continuación.

Alrededor de los años setenta, debido al descubrimiento de drogas inmunosupresoras, que ayudaron a superar el rechazo de los órganos, principal obstáculo del trasplante, se afianzó su realización en países como Argentina. Esto llevó a un incremento en la demanda y derivó en la necesidad de una Ley que regulara la práctica. Es así que, en 1977 se crea la Ley N° 21.541 que da nacimiento al Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI). Éste inicia sus funciones en 1978 como organismo de procuración nacional a cargo de la normalización de la actividad. A principios de 1980, se crearon, bajo el marco regulatorio señalado, organismos más específicos en el material.

En el año 1990, a partir de la sanción de la Ley N° 23.885, el CUCAI se transforma en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) (2017), pasa a ser un organismo descentralizado con autarquía conservando la dependencia del Ministerio de Salud de la Nación. Más tarde, en 1993, se aprueba la Ley N° 24.193 de presunto donante de órganos beneficiando la procuración de éstos. En el año 2005 se aprueba la Ley N° 26.066 de “Trasplante de órganos y tejidos” que modifica a la anterior N° 24.193 e incorpora la figura del/la donante.

Dentro de los artículos científicos más recientes consultados sobre el tema, se encontró uno escrito por Coscia (2016), publicado en la Fundación Argentina de Trasplante Hepático, en el cual señala que, durante el año 2012, hubo un total de 630 donantes reales de órganos que permitieron que 1.458 personas reciban un trasplante, cifras que representan un récord histórico a nivel nacional. El autor del artículo señala que, con estos indicadores, Argentina alcanzó una tasa de 15,7 donantes por millón de habitantes, mientras que en 2011 la tasa había sido de 15,1 por millón de habitantes, lo que posiciona al país a la vanguardia en la región en materia de donación.

El aumento producido en Argentina en la tasa anual de trasplantes se vio fortalecido por la aprobación de la Ley N° 26.066 de Donante Presunto, que entró en vigencia en abril 2006. Si bien la cantidad de donantes se duplicó, la diferencia numérica entre la demanda de órganos y la oferta es altamente significativa, según lo informado por el INCUCAI. En términos de políticas públicas, como lo señalan las memorias del año 2015 de este instituto, se requieren diversas acciones destinadas al fortalecimiento sanitario, a la cooperación internacional y a la participación ciudadana.

Esta reglamentación consiste en que toda persona expresa su voluntad negativa o afirmativa respecto de la ablación de los órganos y tejidos de su propio cuerpo y/o de restringir de un modo específico su voluntad afirmativa de ablación a determinados órganos y tejidos. El/la donante puede condicionar la finalidad de la voluntad afirmativa de ablación y sus fines, ya sea implante en seres humanos vivos o con fines de estudio o investigación.

En ese mismo sentido, toda/o funcionaria/o del Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas está obligada/o a recabar la manifestación de la voluntad positiva o negativa y asentarla en el documento nacional de identidad del/la declarante. Otra modalidad tomada en cuenta para obtener el consentimiento de donar los órganos era en los actos eleccionarios, como así también mediante el Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima, por cuyo intermedio se expide en forma gratuita un telegrama o carta documento al INCUCAI con copia del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, en la que consta la notificación del/la remitente de su negativa a donar dejando constancia en el documento de identidad (Ley 26.066 de trasplante de órganos y tejidos). En cuanto a la adhesión manifiesta en el registro para conducir, opera si los entes otorgadores están adheridos o no a Ley Nacional de Trasplante y Donación de órganos.

En la ciudad de Córdoba, existe un Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (ECODAIC), que depende del Ministerio de Salud de la provincia. Este organismo tiene por función impulsar, normalizar, coordinar y fiscalizar las actividades de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en el territorio de la provincia garantizando a la población un acceso equitativo. Su misión es promover, regular y coordinar las actividades vinculadas con este tema. Como marco regulatorio el ECODAIC tiene las leyes provinciales N° 8814/1999 y 9146/2004 orientando sus acciones a dar cumplimiento a la Ley Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193/1993 y a la ley complementaria N° 26.066/2005 (INCUCAI, 2016).

Asimismo, en un artículo publicado en el portal de noticias del gobierno de la Provincia de Córdoba, de fecha 30 de mayo del 2017, se informó sobre las actividades llevadas a cabo en la plaza San Martín en el día Nacional del Donante de Órganos y Tejidos. Allí, el ECODAIC brindó cifras actualizadas sobre procuración y trasplante en la provincia, entre las cuales consignó que la tasa de donantes por millón de habitantes en la Provincia de Córdoba fue de 6,6. Dicho dato la ubicó por encima de la media nacional, que era de 4,5. También informó acerca de un aumento en el número de trasplantes realizados en este período respecto del año anterior, con un total de 123, en tanto en 2016 fueron 101; además de bajar la negativa familiar a la donación al 31% en el período de enero a mayo de 2017, mientras que en el 2016 fue del 42%. Los centros que generaron donaciones fueron instituciones públicas y privadas siendo entre ambos sectores, el Hospital Córdoba y el de Urgencias los centros con mayor cantidad de donantes.

De igual manera hace mención respecto de la actividad de sensibilización hacia la comunidad, que contó con la participación de representantes implicados en la temática tanto del ámbito de la salud como educativo, donde se destacan las capacitaciones con puntaje docente otorgadas por el Ministerio de Educación. Otro aspecto considerado, fue la incorporación de un módulo sobre procuración en la Cátedra de Medicina Interna de la Universidad Nacional de Córdoba y en la Práctica Final Obligatoria de la Universidad Católica de Córdoba, con el objetivo de que todos los profesionales de la medicina tengan una aproximación al tema durante su formación en referencia a la Ley N° 26.845 de promoción para la toma de conciencia sobre la relevancia social de la donación de órganos.

Resulta oportuno mencionar que, en la Provincia de Córdoba, la coordinación de la procuración de órganos y tejidos para trasplante, cuenta con dos profesionales de enfermería, uno desempeña sus funciones en el Hospital Municipal de Urgencias, dependiente de la municipalidad de Córdoba y el otro en el Hospital Privado de Córdoba. Este último es responsable del programa de la Nación llevando a cabo continuas capacitaciones dirigidas a Enfermería y hacia el resto del equipo de salud, sin dejar de lado al personal administrativo.

Esta situación enaltece a la profesión, a la vez que le proporciona un significativo rol protagónico, con una gran proyección disciplinar.

En tal sentido en el Hospital Córdoba, de la ciudad homónima, centro de salud de tercer nivel, polivalente, cuenta con una diversidad de servicios que le dan dicha categoría, donde se llevan a cabo actividades de donación, ablación

y trasplante de órganos. A pesar de todos los avances científicos y tecnológicos logrados en la medicina moderna, es la única práctica que necesita del aporte solidario de la sociedad a través de la donación.

En la actualidad se puede decir que se trata de una práctica habitual, aprobada ética y socialmente, que genera una diversidad de sentimientos y conductas asociados a experiencias personales o al acceso a información respecto de qué implica un proceso de donación y trasplante. Entre los desafíos más importantes de esta práctica se encuentra el de incrementar la procuración de órganos y tejidos.

En este orden de ideas, las/os enfermeras/os tienen la función de cuidar y preservar la vida de las personas hasta el día de su muerte; pero su labor no termina en esa última etapa de la vida, sino que va más allá contribuyendo en la preparación psicológica y emocional de la familia sobre la decisión de donar órganos, como una manera de mejorar la calidad de vida de otras personas. En el desarrollo de este proceso, la/el profesional enfermera/o asiste al presunto donante de órganos y tejidos, quien necesita de cuidados específicos e intensivos, como también lleva adelante el acompañamiento a la familia, con el fin de generar un contexto adecuado que permita abordar el proceso de la donación.

Asimismo, cada enfermera/o tiene diversas actitudes respecto de la donación que pueden ser influenciadas por experiencias previas relacionadas con la muerte y la enfermedad, hechos sociales, culturales, creencias religiosas o familiares, el nivel de conocimientos y formación profesional. Estos últimos le dan privilegio en términos de conocimientos de la salud en relación con el resto de la población y, a su vez, le permiten conocer los beneficios de la donación y trasplante de órganos. De allí la necesidad de formar y actualizar permanentemente al personal de enfermería para que su participación sea más eficiente dentro del proceso de procuración de órganos y tejidos.

En consecuencia, el personal de enfermería ha tenido que evolucionar sobre el abordaje en forma interdisciplinaria ante la presencia de presuntos donantes y sus entornos familiares.

En relación con la búsqueda de antecedentes acerca de la temática se concluyó en que la información que posee el equipo de enfermería es limitada.

Freire, “et al”. (2014), realizaron un estudio con el propósito de identificar el conocimiento del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y la donación de órganos y tejidos. Trabajaron con una muestra de 68 profesionales

quedando demostrada una brecha entre la afirmación de sentirse preparada/o para asistir a pacientes en muerte encefálica y las respuestas sobre los criterios a evaluar en el diagnóstico de ésta, los cuidados generales y específicos brindados y las etapas del proceso de donación de órganos y tejidos entre los profesionales estudiados.

Con referencia a las opiniones y vivencias de las/los enfermeras/os sobre el proceso procuración de órganos y tejidos, se enmarca que hay buena disposición al procedimiento por parte de la población; por ello, la participación de las/os enfermeras/os es esencial para la viabilidad de la obtención de órganos y tejidos. Mora Arias, et al. (2009).

Acerca de los factores y obstáculos de enfermería en el proceso de procuración de órganos y tejidos, se concluyó que los mitos de orden religioso, ético, psicológico y sociocultural influyen desfavorablemente en la adherencia de donación. Mientras que los factores limitantes del proceso de procuración son de orden familiar, temporal, falta de personal capacitado y desconocimiento de la población. Gómez Rázuri, et al. (2014).

En otra investigación realizada en Brasil por Leal de Morales (2014), describe que el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante es complejo y la participación de las/os enfermeras/os es esencial para dar viabilidad a la obtención de órganos y tejidos.

Respecto del abordaje a la familia en el proceso de procuración de órganos y tejidos, la Lic. R. A, determinó que es una estrategia, que no todos están capacitados para llevarla a cabo y se necesita de herramientas, pero lo más importante es ayudar en el proceso de elaboración del duelo.

Se consideró relevante realizar el estudio ya que la donación de órganos es una problemática social que convoca a todos los individuos que integran la sociedad, se considera importante dentro del proceso la labor que desempeñan las/os enfermeras/os por la relevancia de su participación.

Se ha observado en las distintas búsquedas realizadas escasos estudios y/o publicaciones que aborden la temática. El desarrollo de esta investigación se justificó porque como profesionales de la salud es importante conocer las diferentes actitudes que adopta la/el profesional de enfermería teniendo en cuenta un enfoque holístico y, a partir de los resultados, se pretende promover la reflexión de esta/e profesional sobre la práctica de sus cuidados desarrollando su pensamiento crítico y fortaleciendo su actitud humanitaria, que permitirá

incrementar la base teórica referente a los cuidados a posibles donantes y las familias implicadas.

El objetivo de este trabajo fue establecer las actitudes hacia el proceso de procuración de órganos y tejidos que tienen enfermeras/os de los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba, durante julio-agosto del año 2019.

Definición conceptual de la variable

Las/os autores del proyecto tomaron para definir la variable lo expuesto por Yarlequé (2004) (citado por Chalco Ramos, 2012), quien refiere que “las actitudes, constituyen fenómenos de carácter psicosocial de un alto nivel de complejidad, en los que se entrelazan los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales.

Las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la variable en estudio estuvieron relacionadas con las actitudes de las/os enfermeras/os respecto de los principios de la Ley 27.447, la detección de posible donante, el cuidado de posible donante y la relación con la familia de posible donante.

• Actitud, relacionada con los principios de la Ley 27.447 que presentan las/os enfermeras/os, se midió a través de los indicadores:

- La/la profesional enfermera/o conoce y comparte los principios de la Ley N° 27.447.
- No adherencia a la donación de órganos y tejidos.
- Libertad de las personas de expresar su voluntad de donar.
- Las personas pueden retractarse de su decisión de donar.

• Actitud, ante la detección de un posible donante que tienen las/os enfermeras/os se valoró a través de los indicadores:

- Accionar ante la detección de posible donante.
- Intervención en la preservación de posible donante.
- Disposición para trabajar en equipo.
- Responsabilidad del equipo de trasplante en la detección.

• Actitud en el cuidado de posible donante manifestada por las/os enfermeras/os, se midió a través de los siguientes indicadores:

- Disposición para cuidar a posible donante.
- Prioridad en el cuidado de posible donante.

- Satisfacción al cuidar a posibles donantes.
- Cuidados tecnificados que se brindan en los servicios.

• **Actitud generada en la relación con la familia de posible donante, desde el enfoque de las/os enfermeros/as, se evaluó a través de los siguientes indicadores:**

- Respeto a la voluntad de donar de la familia.
- Relevancia del acompañamiento a la familia de posible donante.
- Relegar la voluntad de la familia.
- Responsabilidad del equipo de trasplante en el acompañamiento de la familia.

Metodología

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal. El universo se conformó de 53 profesionales pertenecientes a los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba. La variable estudiada fue la actitud hacia el proceso de procuración de órganos y tejidos que tienen las/os enfermeras/os; estuvo conformada por cuatro dimensiones las cuales fueron: 1.- Actitudes relacionadas con los principios de la Ley 27.447 que presentan las/os enfermeras/os; 2- Actitudes ante la detección de posible donante que tienen las/os enfermeras/os; 3- Actitudes en el cuidado de posible donante que manifiestan las/os enfermeros/as y 4-Actitudes generadas en la relación con la familia de posible donante desde el enfoque de las/os enfermeras/os.

Cada dimensión se encontró compuesta por cuatro indicadores, de los cuales los pertenecientes a la primera fueron: la/la profesional enfermera/o conoce y comparte los principios de la Ley 27.447, no adherencia a la donación, libertad de las personas a expresar su voluntad de donar y las personas pueden retractar su decisión de donar. Mientras que la segunda dimensión estuvo constituida por: accionar ante la detección de posible donante, intervención en la preservación de posible donante, disposición para trabajar en equipo y responsabilidad del equipo de trasplante en la detección. En lo relativo a la tercera dimensión se conformó con: disposición para cuidar a posible donante, prioridad en el cuidado de posible donante y satisfacción al cuidar a posibles donantes. Y, por último, la cuarta dimensión se constituyó con: respeto a la voluntad de donar de la familia, relevancia del acompañamiento a la familia de posible donante, relegar la voluntad de la familia y responsabilidad del equipo de trasplante en el acompañamiento de la familia. La fuente utilizada fue primaria. La técnica de recolección de datos implementada fue una encuesta estructurada

basada en la escala para medir actitudes. El instrumento utilizado para medir la actitud fue un cuestionario confeccionado con el escalamiento tipo Likert que consistió en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones favorables o desfavorables aplicados a las/os enfermeras/os que se desempeñan en los servicios de alta complejidad, (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Coronarios y Cuidados Intermedios). El protocolo de investigación ha sido revisado y aprobado por el equipo de cátedra de la asignatura Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2019.

Se determinó que, para medir la actitud de cada dimensión, los rangos asignados fuesen para la Actitud Favorable valores entre: 20 -16 (TA-A); mientras que a la Actitud Indiferente de: 15 - 9 (rango medio); y por último a la Actitud Desfavorable comprendido entre: 8 - 4 (DA-TDA). En cuanto a la constitución de la variable, ésta presentó 16 indicadores, los que se dividieron en 8 positivos y 8 negativos calculando los valores de igual modo que lo mencionado en el procesamiento de la dimensión implementando el mismo método. En lo que respecta a los parámetros para medir la variable se dispuso que los valores que representan a la Actitud Favorable oscilaron de: 80 - 64 (TA-A); mientras que para la Actitud Indiferente estuvieron entre: 63 - 46 (rango medio); y para la Actitud Desfavorable en la categoría de: 45 - 16 (DA-TDA). Una vez obtenidos los resultados de cada dimensión, se procedió a sumar los números de los rangos de cada instrumento, para posteriormente calcular la actitud que representa la variable.

Resultados

La caracterización de las/os enfermeras/os que trabajan en los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba, durante julio- agosto del año 2019 consideró la edad de las/os enfermeras/os que trabajan en los servicios de alta complejidad: el 49% se encuentra bajo el rango de edad de 31 a 40 años, lo que determina una población adulta-joven. El género femenino es el que predomina en la población estudiada con un 68% manteniendo el antecedente de que Enfermería es una profesión ejercida generalmente por mujeres. Del total de 53 encuestados, el 79% poseen título de Enfermeras/os marcando una diferencia por sobre quienes presentan una formación académica de Grado y Posgrado. El 39% tiene una antigüedad laboral mayor a diez años, lo que refleja una experiencia en los servicios de alta complejidad. El 81% pertenecen al catolicismo posicionándose ampliamente por sobre las otras religiones.

En cuanto a la actitud relacionada con los principios de la Ley 27.447 y

ante la detección de un posible donante que presentan las/os enfermeras/os de los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba, durante julio-agosto del año 2019, se observa que de las personas encuestadas el 58,49% tiene una actitud Favorable indicando una adhesión ante los principios de la ley.

Respecto de la dimensión “Actitud ante la detección de un posible donante” el 58% de encuestadas/os manifiesta una actitud Indiferente respecto del accionar y la intervención del posible donante como también la disposición y responsabilidad para el trabajo en equipo en la detección.

Al mirar la actitud en el cuidado de posible donante y relación con la familia que manifiestan enfermeras/os de los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba, durante julio-agosto del año 2019, el 49,06% presenta una actitud Indiferente manifestando una disposición y satisfacción en lo que concierne al cuidado de posible donante.

De acuerdo con la dimensión “Actitud en su relación con la familia de posible donante” el 58,49% presenta una actitud Indiferente, seguida de un 26,46% representativo de profesionales que respetan la voluntad de donar de la familia como asimismo la responsabilidad del equipo de salud en el acompañamiento familiar.

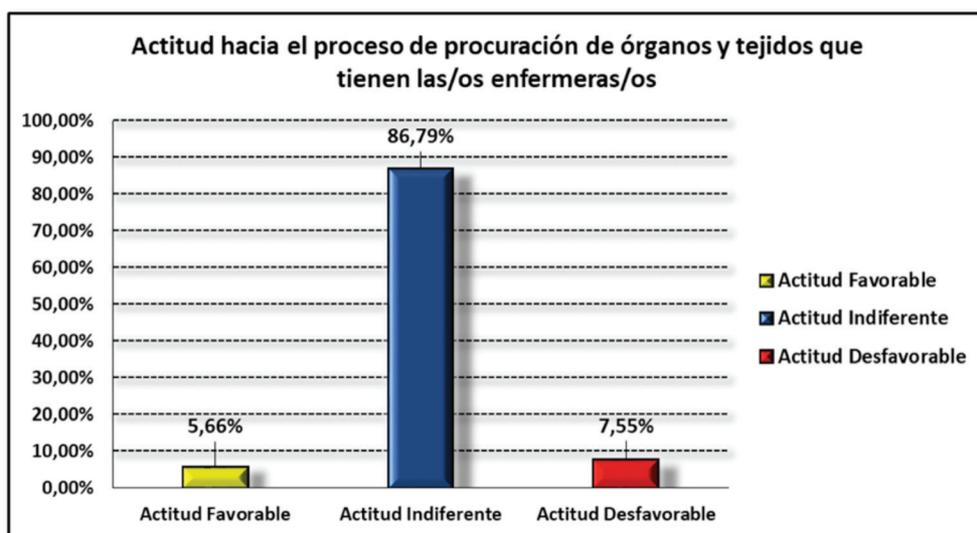


Gráfico N° 1 Actitud hacia el proceso de procuración de órganos y tejidos, que tienen enfermeras/os de los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba durante julio-

Fuente: Cuestionario “Actitudes hacia la donación de órganos y tejidos” en escala de Likert.

De acuerdo con la variable “**Actitud hacia el proceso de procuración de órganos y tejidos, que tienen enfermeras/os de los servicios de alta complejidad del Hospital Córdoba, durante julio-agosto del año 2019**”, se advierte que el 86,79% de encuestadas/os manifiestan una actitud Indiferente, lo que lleva a considerar lo presentado en el gráfico 1, el que arrojó que las/las enfermeras/os sí comparten los principios contemplados en la Ley 27.447.

Discusión

En base a los hallazgos obtenidos se realizó un análisis detallado de cada una de las dimensiones en estudio confrontadas con la teoría referenciada lo que permitió llegar a las siguientes resoluciones: **De acuerdo con el primer objetivo específico:** Conocer las actitudes relacionadas con los principios de la Ley 27.447 que presentan las/os enfermeras/os, se obtuvo como resultado que el 58,49% manifiesta una actitud Favorable, mientras que el 37,77% tiene actitud Indiferente, de modo que el 3,77%, presenta una actitud Negativa. Posicionando desde la conceptualización que realiza Yarlequé (2004) el componente cognoscitivo “está formado por el conocimiento del suceso o fenómeno en cuestión. Para que exista una actitud con relación a un objeto o fenómeno, es necesario que exista también, en el sujeto, una representación cognoscitiva de dicho objeto (...) Sin este componente cognoscitivo no habría actitud”. Por lo tanto, los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. De este modo, se determina que el conocimiento que poseen las/los profesionales acerca de la ley, es lo que impacta y da como resultado la actitud Favorable derivada de la investigación.

Conforme al segundo objetivo específico: Identificar las actitudes ante la detección de posible donante que tienen las/os enfermeras/os, los resultados conseguidos son que un 58% posee una actitud Indiferente; en tanto el 36% revela una actitud Favorable y, por consiguiente, el 6% restante presenta una actitud Negativa. En esta dimensión se estudió el componente conductual de las actitudes, el cual según Yarlequé (2014), se basa en la inclinación a actuar de una manera determinada ante el objeto del estudio, así como es la tendencia a reaccionar hacia los objetos. En la investigación se obtuvo una actitud Indiferente del personal de enfermería hacia la detección de posible donante. Este componente por ser el más activo de la actitud y al estar relacionado con la dimensión anterior, evidencia que la/el profesional posee el conocimiento, pero se mantiene distanciado ante la detección de posible donante.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la investigación realizada por Freire et al (2014), con el propósito de identificar el conocimiento

del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y donación de órganos y tejidos quedando demostrado que existe una brecha entre la afirmación de sentirse preparada/o para asistir a pacientes en muerte encefálica y sobre los criterios para evaluar los diagnósticos de ésta y las etapas del proceso en general, desprendiéndose que existe un déficit de conocimiento teórico y práctico de enfermería. Esto demuestra la necesidad de invertir en diversas estrategias que ayuden en el cambio de actitudes y sensibilización con respecto al proceso de donación de órganos y tejidos.

Acorde al tercer objetivo específico: Determinar las actitudes en el cuidado de posible donante que manifiestan las/os enfermeras/os, el porcentaje alcanzado es que un 49.06% dispone de una actitud Indiferente, en tanto el 47,17% expresa una actitud Favorable dejando el 3,77% restante a los que exteriorizan una actitud Desfavorable. Esta dimensión midió la respuesta afectiva o emotiva de las/los enfermeras/os ante el cuidado. Estas respuestas generalmente se asocian con el conocimiento del objeto de la actitud. Según lo expuesto por Yarlequé (2004), “Este componente se forma por los contactos que hayan ido ocurriendo y circunstancias placenteras o desagradables.”

Estos resultados son sumamente reveladores ya que la indiferencia sostenida en la actitud hacia el cuidado del posible donante, es preocupante, debido a que la labor que realizan las/los enfermeras/os, es primordial para hacer factible el procedimiento. Desde la perspectiva de Leal de Morales (2014), menciona que “la relevancia en el proceso de donación, se refiere a mantener viva/o al/la potencial donante con muerte encefálica cuyo cuidado tiene por objetivo dar viabilidad al trasplante de órganos”. La presente investigación concordaría con lo dicho por el mencionado autor evidenciando que existe un vacío de conocimiento en lo que se refiere al abordaje de las/los enfermeras/os en el proceso de donación como así también en el significado de su propia acción para hacer posible la obtención de órganos y tejidos para trasplante.

En cuanto al cuarto objetivo específico: reconocer la actitud generada en la relación con la familia de posible donante, desde el enfoque de las/os enfermeros/as, se recabó que el 58,49% de profesionales dispone una actitud Indiferente; el 26,41% enuncia una actitud Favorable posicionando con el 15,10% a quienes presentan una actitud Desfavorable. En primer término, es importante recordar que la neutralidad implica no tener disposición a favor o en contra del objeto actitudinal, y que no se puede tener actitud hacia lo que no se conoce, según lo afirmado por Yarlequé, Javier y Monroe (2002). Esto significa que, en la mayoría de las/los enfermeras/os no hay actitud favorable o predispuesta hacia la familia de posible donante.

El cuidado es el objeto de estudio de la Enfermería y desde la perspectiva humanística se orienta, especialmente, a la interacción entre profesionales con pacientes y familias. En tal sentido, si se habla de cuidado es imposible separar a la persona de su contexto más cercano, en este caso la familia siendo imprescindible incorporarla a los cuidados de posible donante. Teniendo en cuenta lo referido por Lic. R.A.), "...Consolar, acompañar, apoyar a la familia es una temática bastante interesante y dura. Lo importante es la tarea de ayudar con la elaboración de un duelo (...) la principal tarea es la terapéutica para ayudar a las familias en esos momentos de dolor para iniciar la formación de duelo".

Conclusión

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que en la procuración de órganos los porcentajes más altos muestran una actitud neutral, ante la detección de posible donante, en el cuidado de posible donante y, por último, en la relación con la familia de posible donante, únicamente, en la dimensión cognitiva representada por los conocimientos sobre la **Ley 27.447** se ha registrado un nivel de aceptación sobre los principios de la norma y la adhesión a la donación de órganos.

Se concluye remarcando que, aunque se observa un nivel cognitivo positivo respecto del proceso de procuración y donación de órganos y tejidos, tal conocimiento no conlleva a la realización de acciones coherentes con ello. De allí que, en la práctica, el comportamiento difiere dado que las/los profesionales en su componente conductual manifestaron un predominio por la *indiferencia*.

Recomendaciones

Mediante la realización de la presente investigación y teniendo en cuenta sus alcances, se propone:

- Informar los resultados a la dirección del Hospital Córdoba y al Comité de Capacitación y Docencia, a través de una ponencia para su posterior presentación y futuras capacitaciones sobre donación de órganos a todo el personal que trabaja en dicho establecimiento y particularmente en los servicios de alta complejidad.
- Para la comunidad científica, las difusiones de los resultados de la investigación se podrán realizar por medio de diferentes modalidades de publicación siendo éstas: comunicación oral, póster en congresos y publicación electrónica de instituciones educativas y en revista científica reconocida.

- Realizar investigaciones sobre esta temática en la población en general para identificar la actitud en la región y así fortalecerla con programas de donación y, por consiguiente, conseguir que los trasplantes logren una mayor aceptación.

Referencias bibliográficas

- Coscia, L. (2016). *Mitos Y Realidades Sobre Donación De Órganos*. Fundación Argentina De Trasplante Hepático. <https://www.fath.org.ar/index.php?page=donacion&p=mitos>

- Freire, I.; Oliveira de Mendonça, A.; Bessa de Freitas, M.; Melo, Gabriela de Sousa M., Costa, I., Fernandes y Torres, G. (2014). *Conocimiento del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y la donación de órganos*. Enfermería. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400010

- Mora Arias, T., Rodríguez Weber, F., Salcido de Pablo, P., González Patiño, M., Martínez Balbuena, M., Sánchez Reyes, P., (2009). *Encuesta de opinión sobre donación de órganos*. Medicina Interna de México. http://cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido04_04.pdf

- Gómez Rázuri K, Ballena López J, Jiménez León, F. (2014). *Mitos sobre la donación de órganos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes*. Lambayeque, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica. <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2016.v33n1/83-91/>

- Guerra García, Y., Márquez Cárdenas, A, (2011). *Bioética, Trasplante De Órganos Y Derecho Penal En Colombia*. <https://www.umng.edu.co/documents/63968/71197/Articulo+2+-28.pdf>

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Ablación y trasplante*. <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/133-ablacion-y-trasplante>

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Certificación de muerte*. <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/128-certificacion-de-muerte>

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2005). *Comisión De Selección Y Mantenimiento Del Donante De Órganos*.

https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/profesionales/08-manual_mantenimiento_incucai_15_05_06.pdf

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Criterios de selección*. <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/127->

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Detección*. [http://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/126-detección](http://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/126-deteccion).

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Distribución y asignación*. <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/132-Distribucion-y-asignacion>.

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: El proceso de donación –comunicación* <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/130-el>

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Historia del trasplante*. <http://www.incucai.gov.ar/comunidad/historia>.

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Intervención judicial*. <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/131-intervencion>

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *La donación de órganos con la nueva ley*. <http://www.incucai.gov.ar/comunidad/historia>

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2017). *Profesionales. Pasos operativos: Tratamiento del donante*. <https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/129ncion>

- Leal de Moraes, E. (2014). *Vivencias del personal de enfermeros en el proceso de donación y tejidos para trasplantes*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00226.pdf

• Ley 8814. *Ley para la creación del ECODAIC (Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba)*. http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-cordoba-8814-creacion_ente_coordinador_ablacion.htm

• *Ley De Trasplante De Órganos, Tejidos y Células*. Ley 27.447. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/188857/20180726>

• Ley 26.066. *Ley De Trasplante De Órganos Y Tejidos*. <https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Legislacion/leyes-y-decretos/02-ley-26066.pdf>

• Ley 9146, *Ley Recurso Solidario para Procuración, Ablación, Implante y Post Trasplante*. <http://www.saij.gob.ar/LPO0009146>

• Ley 24.193. *De Trasplante de Órganos y Tejidos –Texto actualizado*. <https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Legislacion/leyes-y-decretos/01-ley-24193.pdf>

• Ministerio de Salud Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba. ECODAIC. <http://www.cba.gov.ar/e-co-d-a-i-c/>

• Ley 21541. *Salud Pública-Medicina-Trasplante de órganos y material anatómico humano*. <http://www.saij.gob.ar/21541-nacional-salud-publica-medicina-trasplante-organos-material-anatomico-humano-Ins0000181-1977-03-02/123456789-0abc-defg-g18-10000scanyel>

• Ley 23885. *Ablación E Implantes De Órganos Creación Del INCUCAI*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23885-285>

• Ley 26845. *Ley De Promoción Para La Toma De Conciencia Sobre La Relevancia Social De La Donación De Órganos*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/06-ley-26845.pdf>

• Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51392/CE164-20-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

• Yarlequé, Javier Y Monroe. (2002). *Aprendizaje y Educación*. Ediciones Omega. Huancayo-Perú.

• Yarlequé, L. (2004). *Actitudes hacia la conservación ambiental en*

estudiantes de educación secundaria. Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/561/yarleque_cl.pdf?sequence=1

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN

DOMESTIC VIOLENCE: NURSING PROFESSIONALS' AWARENESS, OPINIONS AND BARRIERS ABOUT ITS UNDERDETECTION

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CONHECIMENTOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, OPINIÕES E BARREIRAS À INFRA DETECÇÃO

Autoras: Amalia Lorena Alcorta¹ y María Alejandra Rita Baca²

Resumen

El objetivo de este trabajo fue: determinar los conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección en la violencia intrafamiliar, en los profesionales de enfermería que se desempeñan en los centros de Atención Primaria. Se implementó un estudio descriptivo transversal, que incluyó un cuestionario de preguntas relativas a la percepción de los conocimientos, opiniones y actitudes sobre violencia de género e intrafamiliar, según los niveles de formación de los profesionales de enfermería. **Resultados:** El porcentaje de respuestas acertadas fue, de forma global, de un 49,3%, alcanzando un nivel de conocimientos solamente de grado medio. La proporción de aciertos fue similar para cada categoría profesional, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. El 73,9% de los encuestados saben de la existencia de actividades en su centro de salud relacionadas con la detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y violencia intrafamiliar. De ellos, casi tres cuartas partes (70,6%) desconocen el funcionamiento del protocolo interno. Entre los problemas que se detectaron en barreras actitudinales y organizativas de los centros de salud el 55,6% al desconocimiento, formación insuficiente, el 23,1% con la poca disponibilidad de recursos humanos y la existencia de demasiado trabajo. **Conclusiones:** En el personal de Enfermería, el nivel de conocimiento es de grado medio, y señalan la falta de formación como el principal obstáculo, sugieren completar los equipos multidisciplinares, y de espacios para dar una respuesta sanitaria a la problemática planteada.

Palabras Clave: Violencia. Familiar. Enfermería. Atención Primaria. Infradetección.

1. Lic en Enfermería. Esp. Cuidados Intensivos. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Contacto: amalia.lorena.alcorta@unc.edu.ar - <https://orcid.org/0000-0003-3185-5565>

2. Magister Salud Materno Infantil. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Contacto: alejandra.baca@unc.edu.ar - <https://orcid.org/0000-0002-4849-5941>

Summary

The main objective of this study was to determine the awareness, opinions and barriers about the underdetection of domestic violence in nursing professionals that work in Primary Attention Centers. Methodology: A cross-sectional descriptive study was carried out including a questionnaire consisting of questions related to the perception of the awareness, opinions and attitudes regarding gender-based and domestic violence according to the educational levels of nursing professionals. **Results:** The general percentage of right answers that showed an intermediate level of education was 49,3%. The hit ratio of each professional category was similar and significant statistical differences were not found. The 73,9% of respondents are familiar with the existence of activities related to the detection, support and follow-up of victims of abuse and domestic violence in their healthcare centers. Almost three-quarters of them (70,6%) ignored how the internal protocol operated. Among the issues found related to behavioral and organizational barriers at healthcare centers, 55,6% of these were linked to unawareness and inadequate education and, 23,1% of them, to poor human resources availability and overwork. **Conclusions:** The awareness level among the nursing staff is intermediate and the inadequate education is shown as the main barrier. It's suggested that the multidisciplinary teams be completed and that they provide support to give a proper health response to this problem.

Key Words: Violence. Domestic. Nursing. Primary Attention. Underdetection.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi: verificar os conhecimentos, opiniões e barreiras para a subdetecção da violência intrafamiliar em profissionais de enfermagem que atuam em unidades básicas de saúde. Foi realizado um estudo transversal descritivo, que incluiu um questionário com questões relacionadas à percepção de conhecimentos, opiniões e atitudes sobre a violência intrafamiliar e de gênero, de acordo com os níveis de formação dos profissionais de enfermagem. **Resultados:** O percentual de acertos foi, globalmente, de 49,3%, atingindo um nível de conhecimento apenas médio. A proporção de acertos foi semelhante para cada categoria profissional, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas. 73,9% dos pesquisados sabem da existência de atividades em seu centro de saúde relacionadas à detecção, auxílio e acompanhamento de pacientes vítimas de maus-tratos e violência doméstica. Destes, quase três quartos (70,6%) desconhecem o protocolo interno. Dentre os problemas detectados nas barreiras atitudinais e organizacionais dos centros de saúde 55,6% a ignorância, a formação insuficiente, 23,1% com a pouca disponibilidade de recursos humanos e a existência de muito trabalho. **Conclusões:** Na equipe de Enfermagem, o nível de conhecimento é de grau médio, e apontam a falta de capacitação como principal obstáculo, sugerem o preenchimento das equipes multiprofissionais, e espaços para dar uma resposta de saúde ao problema levantado.

Palavras chave: Violência. Família. Enfermagem. Atenção primária. Subdetecção.

Introducción

En tiempos de pandemia, en nuestro país se implementaron, medidas de prevención y de mitigación de la propagación del COVID-19, basadas en el aislamiento o confinamiento tras el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU), Decreto 325/2020 Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) 31-mar-2020, enfrentándose a una situación sin precedentes y con consecuencias muy graves para la vida humana.

Dentro de las consecuencias una que se pudo visibilizar, ha sido la violencia contra las mujeres sobre todo en el ámbito doméstico. Se puede observar, un incremento en la violencia contra las mujeres y niñas que ocurre en los hogares, ya que las mismas se encuentran encerradas con sus perpetradores, afirmándolo en el informe de Organización Naciones Unidas Mujeres. (ONU, 2020).

En cuanto al, informe del Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, (MMGyD, 2020), de las Intervenciones que motivaron a la comunicación con la línea 144 en nuestro país, el 90% corresponde a la modalidad violencia doméstica, y el 98% de las personas que se comunicaron son mujeres. El 63% tienen edades entre 15 y 44 años. El 2% (677) se encontraban embarazadas y el 3% (767) tenían algún tipo de discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) la considera un grave problema de salud pública, y se relaciona con una peor salud física y mental en la mujer, así como con complicaciones obstétricas y ginecológicas, y en su publicación declara a la violencia de género (VG) como “un problema de salud global de proporciones epidémicas” y afirma que el sector sanitario juega un papel fundamental en la detección y asistencia a mujeres víctimas de violencia y, por ello, sus profesionales deben adquirir la formación necesaria, en especial en la atención primaria dada su cercanía con la comunidad, para dar respuesta a este problema. (Baidés Noriega, R., 2018).

La VG produce graves consecuencias para la salud de la mujer y del núcleo familiar, siendo especialmente relevantes las consecuencias para la salud de los hijos que viven alrededor del maltrato. Los problemas de salud que produce la VG determinan que la mujer acuda con más frecuencia a los servicios de Atención Primaria. (Valdés Sánchez, C., et al., 2016).

La institución más valorada y que más confianza genera en la mujer que denuncia es la sanitaria. Para muchas víctimas el sistema sanitario es el único lugar donde pueden buscar ayuda, tanto en los centros de atención primaria

(AP) como de urgencias, suelen ser los primeros recursos a los que acuden las víctimas de VG ; por tal motivo en el estudio, Siendones Castillo, R., et al (2002) mencionan que los profesionales de enfermería deben tomar conciencia del problema y formar parte activa del mismo reconociendo los signos de alarma y las consecuencias de la violencia, abordando la detección y atención precoz administrando los cuidados de enfermería oportunos.

El papel del personal de enfermería de atención primaria que consiste en una detección precoz va a suponer tanto un mejor abordaje multidisciplinar de la víctima como la evitación en la medida de lo posible, de graves o nefastos resultados en las víctimas de violencia de género, tras una contención y captación temprana. (Brigidi, S., & Birosta, J.2020).

Entre diversos estudios, podemos mencionar a Lopes Amarijo, C., et al (2021) en el cual hacen referencia, que el personal de enfermería ha demostrado que tiene un nivel medio-bajo de conocimiento en la materia, además de una “actitud pasiva” ante planteamientos y dudas relativas a las violencias, también se ponen de manifiesto en un estudio de España según Estrada Montoya, J., & Sánchez Alfaro, L. (2011) , que “la baja autopercepción de conocimiento influye más que el nivel de conocimiento real en la realización del diagnóstico diferencial, la detección de casos y la aplicación del protocolo”...., Desde enfermería en atención primaria se puede generar transformaciones sociales, ya que está comprometida con acciones que objetivan la promoción de la salud, como plantea da Silva Batista, J.,et al .(2013).

Como también se debe pensar en la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar, según (Arredondo Provecho, A., et al., 2012) en la profesión de enfermería, es quien debe considerar los factores relacionados con la situación, mirar más allá del hecho o denuncia presentada, pensar de manera global en los factores que contribuyen a la producción de violencia y dirigir sus acciones de cuidado a la persona considerando su especificidades y singularidades.

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección en la violencia intrafamiliar, en los profesionales de enfermería que se desempeñan en los centros de Atención Primaria.

Diseño Metodológico

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal. La población en estudio fueron 46 profesionales de enfermería que se desempeñan en los centros de atención primaria en la ciudad de Córdoba Capital, de los cuales 11 eran

enfermeros, 7 especialistas, 27 licenciados y 1 magíster. Dentro de los criterios de inclusión fueron poseer título de enfermero profesional o Licenciado, desempeñarse tanto en turno mañana como tarde y estar activo (asistencia) en el año 2020. Los criterios de Exclusión fueron personal no profesional y estar en estado de pasividad en la asistencia (centro de esterilización, Jefaturas, licencias u otros).

Para recoger la información se utilizó una adaptación del cuestionario elaborado por Siendones Castillo R, et al. (2012) M. Málaga España, sobre Violencia Doméstica y Profesionales Sanitarios: Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra detección. Se contó con la autorización para ser aplicada en nuestro país. El cuestionario fue de carácter anónimo, voluntario y autoadministrado, constaba de 24 preguntas de respuestas cerradas y abiertas: datos sociodemográficos; A- Grado de formación sobre el tema de estudio; B- Barreras de actitud y propuestas de mejora y C- Barreras organizativas y propuestas de mejora, durante los meses de Julio a diciembre 2020, en el personal de Enfermería de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de la capital, provincia de Córdoba.

Se respetaron los preceptos de la Declaración de Helsinki¹⁸ sobre confidencialidad, protección de datos y voluntad de participación, solicitando el consentimiento informado a todos los participantes y respetando la libre voluntad de abandonar la misma en el momento que lo desee.

En el análisis de datos se utiliza el paquete estadístico GNU PSPP en su versión 1.4.1 para Windows. Se realiza un análisis descriptivo de todas las variables. Su asociación se estudió mediante pruebas de Chi 2 de Pearson. Se define un nivel de significación estadística para reescribir las conclusiones: $p \leq 0,1$ o $p \leq 0,05$.

Resultados

La encuesta se realizó a 46 profesionales de enfermería que trabajan den la Atención primaria de la salud, de los cuales 11 eran enfermeros, 7 especialistas, 27 licenciados y 1 magíster. La distribución para el sexo mujer fue del 82% para los enfermeros, del 71% para los especialistas, del 89% para los licenciados y del 100% para los magísteres.

Con respecto a los datos personales, antigüedad laboral, mencionaremos que el porcentaje mayor de edad con un 26 % ha sido entre 36 a 40 años, y presentando una antigüedad laboral entre 6 a 15 años con un 47,8%.

El porcentaje de respuestas acertadas fue, de forma global, de un 49,3%, alcanzando un nivel de conocimientos solamente de grado medio. La proporción de aciertos fue similar para cada categoría profesional, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En la tabla N° 1 se observa la proporción de aciertos para cada pregunta, y el valor de p para distintas comparaciones entre categorías. Se resaltan aquellos que muestran una significación con $p \leq 0,15$.

Tabla N° 1 Valor de significancia Su asociación se estudió mediante pruebas de Chi 2 de Pearson en los profesionales de enfermería según categoría. de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Junio 2020.

Preguntas	Valor p		
	Enfermero-Especialista	Especialista-Licenciado	Licenciado-Enfermero
Pregunta 5	0,605	0,724	0,782
Pregunta 6	0,094	0,102	0,636
Pregunta 7	0,605	0,039	0,133
Pregunta 8	0,732	0,121	0,026
Pregunta 9	0,914	0,336	0,322
Pregunta 10	0,232	0,356	0,559
Pregunta 11	0,130	0,356	0,215
Pregunta 12	0,783	0,549	0,282
Pregunta 13' (Ley)	0,172	0,412	0,351
Pregunta 13	0,829	0,816	0,559
Pregunta 14	0,783	0,176	0,241

El 100% de los encuestados reconocen que la violencia intrafamiliar es un problema al menos importante, considerándolo muy importante el 89,1%. No se encontraron diferencias significativas entre las distintas categorías profesionales ($p=0,154$), calificándolo como muy importante el 91,1% de los enfermeros, el 85,7% de los especialistas y el 92,6% de los licenciados.

Un 15,2% de los encuestados no mantiene normalmente una actitud expectante para el diagnóstico de casos de malos tratos, y un 82,6% se plantea el maltrato como diagnóstico diferencial ante un paciente con lesiones físicas, al menos normalmente. Aunque solo el 30,4% considera que aplica bien el protocolo de violencia doméstica para los casos que detecta. Se han encontrado diferencias significativas con $p=0,03$ para la relación entre el maltrato como diagnóstico diferencial entre las categorías profesionales. Los datos se muestran en la Figura N°1.

El 73,9% de los encuestados saben de la existencia de actividades en su centro de salud relacionadas con la detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y violencia intrafamiliar. De ellos, casi tres cuartas partes (70,6%) desconocen el funcionamiento del protocolo interno, ocurriendo esto en el 77,7% de los enfermeros, 80,0% de los especialistas y 63,2% de los licenciados, sin presentar diferencias significativas entre los grupos ($p=0,764$). Los datos lo demuestran en la Figura N° 2.

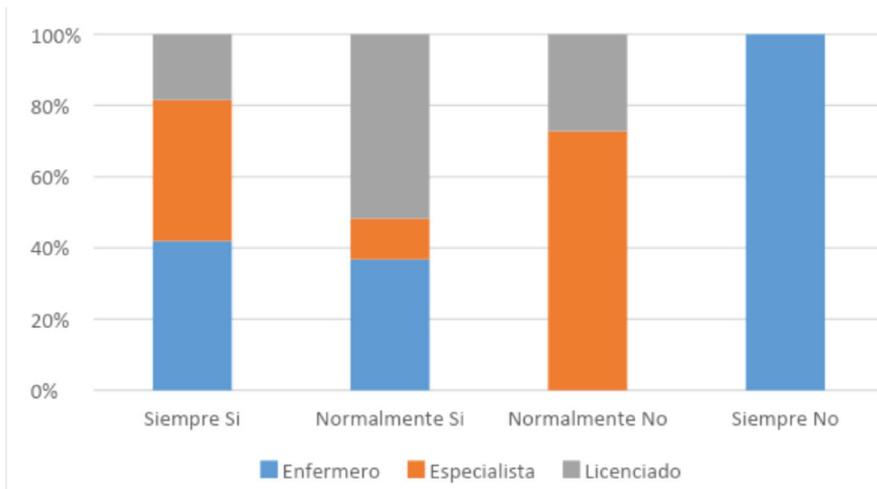


Figura N°1. El maltrato como diagnóstico diferencial de los profesionales de enfermería frente a casos de sospecha de violencia Intrafamiliar, de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Junio 2020.

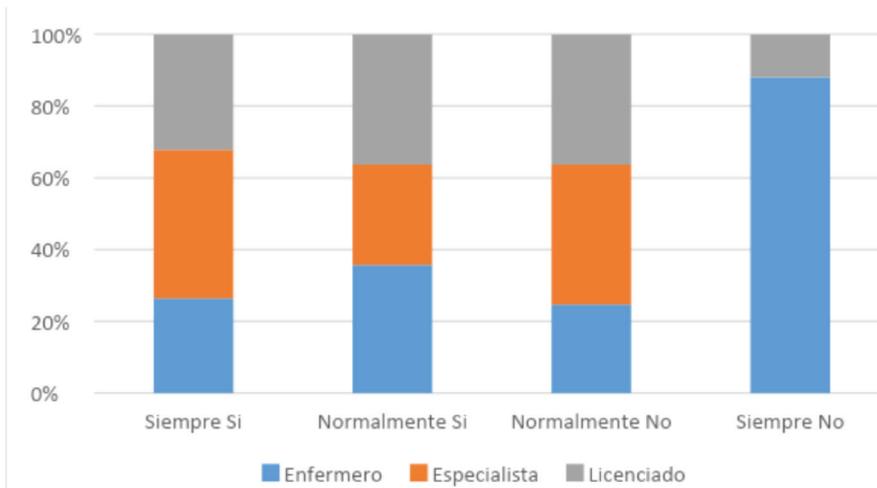


Figura N° 2. Aplicación del Protocolo de los profesionales de enfermería frente a casos de sospecha de violencia Intrafamiliar, de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Junio 2020.

El 71,7% de los encuestados opinan que la identificación de los casos de violencia Intrafamiliar y la solución de sus problemas debe ser una labor conjunta, que compete a la policía, jueces, psicólogos, trabajadores sociales y los propios trabajadores de la salud, sin diferencias significativas para las distintas categorías profesionales ($p=0,943$).

El 17,4% de los profesionales consultados piensan que el problema de la infradetección podría mejorarse si las pacientes víctima de violencia Intrafamiliar tuviera un cambio de actitud y fueran más activas frente a ello (respuestas A y C de la pregunta correspondiente), mientras que el 82,6% restante piensa que se mejoraría y se ayudaría más si se optimizaran los recursos y la coordinación entre los profesionales implicados (respuestas B y C de la pregunta correspondiente). No se hallan diferencias significativas entre los grupos profesionales ($p=0,561$). Los datos anteriores se muestran en la Figura 3.

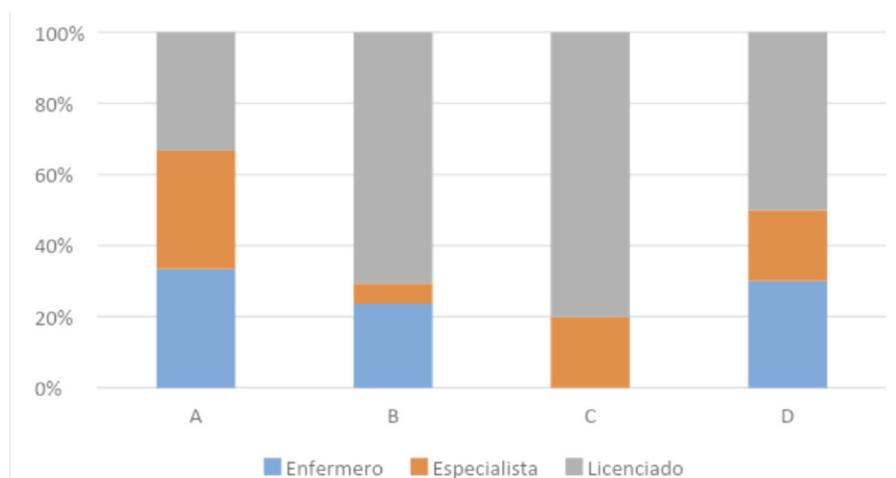


Figura 3. Opiniones frente a la violencia Intrafamiliar de los profesionales de enfermería de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Junio 2020.

La opinión de los profesionales sobre su función principal a la hora de detectar casos de violencia doméstica. El 37,8% opina que su función es la de contener y realizar seguimiento sobre las pacientes, seguido de un 17,8% que opina que la función principal es la detección de la violencia, y un 15,6% que opina que la función principal es la denuncia. Un 11,1% relaciona la función principal con la escucha activa, mientras que porcentajes menores la relacionan con abordajes integrales (8,9%), trabajo en equipos interdisciplinarios (6,7%) y la formación (2,2%). No se han demostrado diferencias significativas en las opiniones de acuerdo con las categorías profesionales ($p=0,589$).

Se muestran los razonamientos propuestos por los encuestados para aumentar el nivel de concienciación y sensibilización del personal de salud. Fueron resumidos en tres conceptos: el 53,3% de los encuestados consideraron que es necesario fortalecer la capacitación específica, el 20,0% que es necesario un mayor compromiso al respecto y un 17,8% que es necesario fortalecer la escucha y empatía. No se observan diferencias significativas entre las categorías profesionales ($p=0,351$). Los licenciados demandan más significativamente capacitación que las otras profesiones.

Por último, el 58,7% de los encuestados consideran que hay problemas organizativos o estructurales en su lugar de trabajo que impiden diagnosticar bien estos casos de violencia. No se observan diferencias significativas en función de las categorías profesionales ($p=0,234$) en general, aunque sí entre enfermeros y especialistas (los enfermeros responden afirmativamente en una proporción significativamente mayor que los especialistas, $p=0,088$).

De quienes respondieron que sí, el 34,6% considera que se debe al desconocimiento (esta respuesta es escogida en una proporción significativamente mayor por enfermeros), un 26,9% lo relaciona con la existencia de demasiado trabajo, el 23,1% con la poca disponibilidad de recursos humanos y un 15,4% con la formación insuficiente. Estas últimas tres opciones no mostraron diferencias significativas entre los grupos profesionales. Los datos lo demuestran en la tabla N° 2.

Tabla N° 2. Principales problemas organizativos propuestos según categorías de los profesionales de enfermería de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Junio 2020.

	Enfermero	Especialista	Licenciado	Magíster	Total	Valor p
Desconocimiento	55, 6%	11,1 %	33, 3%	0, 0%	4,6%	0,12
Demasiado trabajo	14, 3%	0,0%	71, 4%	1 4,3%	6,9%	0,45
Pocos RRHH	16, 7%	0,0%	66, 7%	1 6,7%	3,1%	0,55
Formación insuficiente	50, 0%	0,0%	50, 0%	0, 0%	5,4%	0,82
Total	34, 6%	3,8%	53, 8%	7, 7%		

Ante la pregunta referida a los cambios propuestos, el 35,6% de los encuestados sugieren completar los equipos multidisciplinarios, mientras que el 33,3% sugiere no hacer cambios. Los encuestados restantes se inclinan por

crear espacios pertinentes o la formación (15,6%). No hay diferencias significativas entre los grupos profesionales ($p=0,663$).

Discusión

En el personal de Enfermería, el nivel de conocimiento es de grado medio, similar a otros estudios como en, (Arredondo Provecho, A., et al 2012), (Siendones Castillo, A., et al 2002), (Mayor Walton, S. & Salazar Pérez, C. 2019), en su totalidad reconocen que la violencia intrafamiliar es un problema al menos importante de las respuestas obtenidas.

Mencionan sobre la existencia de actividades relacionadas con la detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y VIF el 73,9%, y las tres cuartas parte afirman, que desconocen el funcionamiento del protocolo interno de su centro de salud.

Todos los profesionales encuestados consideran muy importante el problema de la VIF, y en concordancia con varios estudios, (Arredondo Provecho, A., et al 2012), (Vásquez Alfaro, M. et al. 2008), (Baena Vallejo, G., et. al. 2020), también consideran que la identificación de los casos y la solución de sus problemas debe ser una labor conjunta, que compete a la policía, jueces, psicólogos, trabajadores sociales y los propios trabajadores de la salud, en los tres niveles de formación. Manifiestan también para resolver los problemas la necesidad organizativa y/o estructural es creando espacios propios.

En cuanto al momento de detectar los casos de VIF en todos los niveles por igual, opinan que la función es de contener, realizar un seguimiento, y la denuncia, en esta última se debe tener en cuenta que cuando se tienen conocimiento de un hecho de violencia en los términos de la Ley 9.283 de Violencia Familiar. (2006 01 de marzo). o sospechen fundadamente de su existencia, están obligados a formular de manera inmediata las denuncias que correspondan, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito, quedando liberados del secreto profesional a tal efecto, y la misma es de carácter de identidad reservada.

Entre los razonamientos para aumentar la sensibilización y concientización, se resumen tres conceptos, fortalecer la capacitación específica, seguida del mayor compromiso y por último fortalecer la escucha y empatía, como se ha evidenciado en estudios análogos.

En cuanto a las barreras para el diagnóstico, las principales causas que se

pueden observar son la insuficiente formación, la falta de tiempo por demasiado trabajo y escaso recurso humano, estos resultados son similares a otros estudios (Baidés Noriega, R. 2018), (Valdés Sánchez, C., et al. 2016) (Siendones Castillo, R., et.al 2002).

En referencia a las propuestas de mejora, podemos señalar que manifiestan la creación de un espacio, la formación en el área y completar los equipos multidisciplinarios, para realizar una atención eficaz y oportuna a la VIF, cabe observar que en un 40 % de las respuestas no cambiarían su manera de realizar su atención.

Conclusión

Los profesionales de enfermería de atención primaria de la salud consideran importante conocer y valorar la infra- detección de la violencia intrafamiliar.

El abordaje integral, se considera como función principal de los profesionales de enfermería, la escucha activa, la contención y el seguimiento, como también el trabajo coordinado del equipo de salud.

Al ser el primer contacto con las personas, la formación, como la necesidad de completar los equipos multidisciplinarios, el conocimiento de los marcos legales, y los protocolos de actuación vigentes, son herramientas indispensables para detectar la VIF.

Por otra parte, la sobrecarga de trabajo y el tiempo limitado de atención son también elementos que propician a que no se ofrezca una apropiada detección, por eso se considera que, si se optimizaran los recursos y la coordinación entre los profesionales implicados, se contribuiría más a atenuar la problemática.

Enfermería en la atención primaria de la salud, se encuentra en un lugar estratégico para la detección temprana de la violencia intrafamiliar, al contar con una relación de confianza y cuando las intervenciones de cuidado se destinan generalmente a todos los integrantes de la familia.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con la elaboración de este trabajo, agradeciendo la participación de Enfermería

especialmente a la Dirección de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Referencias bibliográficas

• Arredondo Provecho, A., et al. (2012). *Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010*. Rev. Esp Salud Pública., 86, pp. 85-99.

• Baena Vallejo, G., et al (2020). *Propuesta de intervención sobre la violencia intrafamiliar: abordaje de acuerdo con la función y sentido del fenómeno violento presente en la dinámica familiar*. Estudios de Psicología (Campinas). Epub 2Ene2020. Bello, Antioquia, Colombia. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180104>

• Baidés Noriega, R. (2018). *Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria*. *Enfermería Global*, 17(51), 484-508. Epub 01 de julio de 2018. Gijón, España. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>

• Brigidi, S., & Birosta, J. (2020). *La sensibilización en temas de violencias de género en estudiantes de Enfermería*. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 69-73. Epub 19 de octubre de 2020. Granada, España. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100017&lng=es&tlng=es

• Da Silva Batista, J., et al (2013) *O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica*. Escola Anna Nery [online]., v. 17, n. 1, pp. 173-178. Epub 1Fev2013. Rio de Janeiro, Brasil. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100024>. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100017&lng=es&tlng=es

• Declaración De Helsinki De La Amm – *Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos* -Los párrafos 26, 27, 28 y 29 han sido revisados editorialmente por el Secretariado de la AMM el 5 de mayo de 2015. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

• Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU), *Decreto 325/2020 Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.)* 31-mar-2020. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335974>

• Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, Argentina. (MMGyD 2020). Línea 144, tres sedes. Elaboración propia de la Dirección Técnica de Registros y Bases de Datos. <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>

• Estrada Montoya, J., & Sánchez Alfaro, L. (2011). *Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética*. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2011;6(1):37-61. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032004http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/7148e9ede5a61e3b0325807600654853?OpenDocument>

• Ley 9.283 de Violencia Familiar. (2006 01 de marzo). y su modificatoria Ley 10.400 de violencia familiar (2016, 16 de noviembre). Legislatura Provincia de Córdoba. Argentina. <https://www.justiciacordoba.gov.ar/transparencia/pdf/ciudadania/Ley%20de%20Violencia%20Familiar%209283.pdf>

• Lopes Amarijo, C., et al (2021) *Power devices used by nurses to fight domestic violence against women*. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2021, v. 30 e20190389. Epub 10Ma 2021. Rio Grando do Sul. Brasil. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0389>

• Mayor Walton, S. & Salazar Pérez, C. (2019). *La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual*. Gaceta Médica Espirituana, 21(1), 96-105. Epub 01 de abril de 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212019000100096&lng=es&tlng=es

• Organización Mundial de la Salud. (OMS. 2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

• Organización Naciones Unidas Mujeres. (ONU Mujeres,2020). *Prevención de la Violencia Contra las Mujeres Frente A Covid-19 en América Latina y El Caribe*. BRIEF v 1.1. 23.04.2020. https://www2.unwomen.org//media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/es_preencion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es&vs=3033

• Quiñigal, A. (2019). *Violencia de género en el ámbito familiar: un estudio de caso en la ciudad de Viedma, Provincia de Río Negro*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Río Negro. Argentina. <https://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/2679>

• Siendones Castillo, R., et.al (2002). *Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección*. Emergencias. 14:224-32. Marbella.España. https://www.researchgate.net/publication/242197349_Violencia_domestica_y_profesionales_sanitarios_Conocimientos_opiniones_y_barreras_para_la_infradeteccion

• Valdés Sánchez, C., et al. (2016). *Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria*. AtenPrimaria. 2016;48(10):623---631.Asturias. España. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716300385>

• Vásquez Alfaro, M. et. al (2008). *Violencia intrafamiliar: efectividad de la ley en el barrio las flores de la ciudad de Barranquilla*. Colombia. Revista de Derecho, (29), 178-210. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-86972008000100008&lng=en&tlng=es

REPERCUSIONES QUE GENERAN LOS DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS DE CUIDADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SER ENFERMERO

EFFECTS ARISING FROM DIFFERENT NURSING CARE THEORETICAL APPROACHES WITHIN THE NURSE'S SELF-CONSTRUCTION

REPERCUSSÕES GERADAS PELAS DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS DO CUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO SER ENFERMEIRO

Autoras: Fernández, Mirna Yamila de Lourdes¹; Gutiérrez, Andrea Natalia²; Lucero, María del Carmen³.

Resumen

El Proceso de Enfermería basado en una teoría o modelo de enfermería, se imparte desde la primera experiencia práctica, donde el/la alumno/a comprende que trabajar desde un marco conceptual propio y con el método de intervención, aplicado a las características y peculiaridades de cada paciente permitirá más adelante a estas/os profesionales aunar criterios, ahorrar tiempo, facilitar decisiones y unificar un lenguaje profesional. Objetivo: Conocer cuáles son las repercusiones que generaron los enfoques teóricos de cuidados en la construcción del ser enfermero, al finalizar la primera etapa de formación en estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la U.N.C. en el año 2019. Método: Tipo de estudio fue transversal, descriptivo. La técnica de recolección de datos fue una encuesta autodirigida, aplicada a una muestra de 86 alumnos. Resultados: La concepción de Persona si bien se encuentra influenciada por la teoría de Henderson (1964) las s/las alumnas/os no se posicionan en una teoría determinada a la hora de adherir a un metaparadigma, están influenciados por la materia que se encuentren cursando. La concepción de Salud predominante es la impartida por Leininger (1970); la repercusión en las/los encuestadas/os mostró énfasis en la interculturalidad. El concepto de Entorno adoptado se abocó principalmente a la teoría de las necesidades de Henderson (1964); repercute en las/los alumnos de forma directa en la capacidad que presentan de adaptación en el entorno donde desarrollan su práctica. Construcción de Cuidado, los conceptos internalizados por las/los estudiantes son los expuestos en las teorías de Pender (1982) y Leninger (1970), los cuales repercuten principalmente en la visión de promoción y prevención a través de la educación y capacitación. Conclusión: La construcción del ser enfermero de alumnas/os de 3er año; se encuentra influenciada por las teorías de Henderson (1964), Pender (1982) y Leininger (1970). Los alumnos se posicionan en diferentes enfoques teóricos. No hay una unificación de criterios para brindar el cuidado y se pone de manifiesto una incoherencia entre el pensamiento y la atención.

Palabras Clave: Enfermería, Cuidado, Repercusiones, Diversidad, Dinamismo, Teoría.

* Trabajo final para acceder a título de Licenciado en Enfermería.

1. Lic. en Enfermería. Enfermera Unidad Sanatorial APROSS. Hospital Raúl Ángel Ferreira.

Contacto: mirmayamiladelourdefernandez@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-0569-1034>

2. Lic. en Enfermería. Enfermera del Servicio de Guardia Externa Pediátrica Clínica y Maternidad del Sol

Contacto: andrea.gutierrez@hotmail.es - <https://orcid.org/0000-0003-4950-0172>

3. Lic. en Enfermería. Enfermera en el Servicio de Neonatología y Pediatría. Hospital Madre Catalina Rodríguez

Contacto: lucero.marilu@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-3187-5603>

Summary

The Nursing Process based on a theory or nursing model, is taught from the first practical experience, where the student understands that working from their own conceptual framework and with the intervention method, applied to the characteristics and peculiarities of Each patient will later allow these professionals to combine criteria, save time, facilitate decisions and unify a professional language. Objective: To know what are the repercussions generated by the theoretical approaches to care in the construction of being a nurse, at the end of the first stage of training in students of the Bachelor's Degree in Nursing at the U.N.C. in 2019. Method: Type of study was cross-sectional, descriptive. The data collection technique was a self-directed survey, applied to a sample of 86 students. Results: Although the conception of Person is influenced by Henderson's theory (1964), the students do not position themselves in a certain theory when it comes to adhering to a meta-paradigm, they are influenced by the matter they are in. studying. The predominant conception of Health is that imparted by Leininger (1970); the impact on the respondents showed an emphasis on interculturality. The concept of Environment adopted was mainly focused on the theory of needs of Henderson (1964); It has a direct impact on the students in their ability to adapt to the environment where they carry out their practice. Construction of Care, the concepts internalized by the students are those exposed in the theories of Pender (1982) and Leninger (1970), which mainly affect the vision of promotion and prevention through education and training. Conclusion: The construction of being a nurse of 3rd year students; it is influenced by the theories of Henderson (1964), Pender (1982) and Leininger (1970). Students position themselves in different theoretical approaches. There is no unification of criteria for providing care and an incoherence between thought and care is revealed.

Key Words: Nursing, Care, Repercussions, Diversity, Dynamism, Theory.

Resumo

O Processo de Enfermagem baseado em uma teoria ou modelo de enfermagem é ensinado desde a primeira experiência prática, onde o aluno entende que trabalhar a partir de seu próprio arcabouço conceitual e com o método de intervenção, aplicado às características e peculiaridades de cada paciente, permitirá posteriormente a esses profissionais combinar critérios, economizar tempo, facilitar decisões e unificar uma linguagem profissional. Objetivo: Conhecer quais as repercussões geradas pelas abordagens teóricas do cuidado na construção do ser enfermeiro, ao final da primeira etapa da formação em alunos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da U.N.C. em 2019. Método: O tipo de estudo foi transversal, descritivo. A técnica de coleta de dados foi uma pesquisa autodirigida, aplicada a uma amostra de 86 alunos. Resultados: Embora a concepção de Pessoa seja influenciada pela teoria de Henderson (1964), os alunos não se posicionam em uma determinada teoria quando se trata de aderir a um metaparadigma, eles são influenciados pelo assunto em que estão estudando. A concepção predominante de Saúde é aquela transmitida por Leininger (1970); o impacto nos respondentes mostrou uma ênfase na interculturalidade. O conceito de Ambiente adotado foi principalmente focado na teoria das necessidades de Henderson (1964); Impacta diretamente o aluno na sua capacidade de adaptação ao ambiente onde exerce a sua prática. Construção do Cuidado, os conceitos internalizados pelos alunos são aqueles expostos nas teorias de Pender (1982) e Leninger (1970), que afetam principalmente a visão de promoção e prevenção por meio da educação e formação. Conclusão: A construção do ser enfermeiro dos alunos do 3º ano; é influenciado pelas teorias de Henderson (1964), Pender (1982) e Leininger (1970). Os alunos se posicionam em diferentes abordagens teóricas. Não há unificação de critérios para o cuidado e revela-se uma incoerência entre pensamento e cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidado, Repercussões, Diversidade, Dinamismo, Teoria.

Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) dentro del reporte es un documento legal de la profesión que permite fundamentar de manera autónoma los cuidados. Para ello, la enfermera/o debe adoptar un modelo de cuidado que le avale. Adoptar un modelo de Enfermería o adaptar uno de los existentes para aplicar el Proceso en un determinado contexto, es esencial en este momento histórico cuando se está implementando la gestión del cuidado y se necesita identificar indicadores que permitan medir la calidad de cuidados. Al mismo tiempo, la aplicación de acciones con base en un modelo teórico facilita el uso de un lenguaje común o estandarizado para la práctica de enfermería, como también implica aceptar un cambio del modelo de valoración biomédico existente y crear un registro coherente con el modelo teórico aceptado por el grupo de enfermeras/os (Reyes. Et. Al, 2007, p 47). Algunos estudios coinciden en que es fundamental la apropiación de modelos teóricos y la unificación de criterios al momento de implementarlos en la práctica, ya que sirve para ahorrar tiempo, unificar un lenguaje común o estandarizado. Esto permite desprenderse del modelo hegemónico médico que ha prevalecido y, aún, persiste. La práctica de Enfermería se guía constantemente por un acervo de conceptos y principios de índole científico y encuadrado en las ciencias sociales, biológicas y físicas. Así, los principios del proceso enfermero proporcionan las bases para la toma de decisiones y apuntalan a todos los modelos enfermeros, por lo que se requiere habilitar al/la alumno/a en el pensamiento crítico entendiendo éste como la capacidad de cada persona para centrar el pensamiento en la obtención de los resultados que necesita y ayudar al profesional a adquirir confianza, ser autónomo (a) y a mejorar los resultados del paciente.” (Pecina Leyva 2012, p 22).

El Proceso de Atención de Enfermería es el método más trabajado en algunas asignaturas de la carrera. Lo contrario reportaron diversos estudios en el sentido de que la calidad universitaria y la diversidad de criterios de enseñanza y evaluación, tenían un efecto negativo en la percepción y empleo del PAE, con lo que dejaron abierta la posibilidad de que se prescindiera de él en la carrera profesional”. (Jara-Sanabria & Lizano- Pérez. 2016. p 210). De tal modo, es importante conocer el significado del cuidado que tienen las/los enfermeras/os; desde allí emergen los conceptos básicos del modelo teórico que principalmente influencia la práctica de enfermería.

Por lo anteriormente expuesto, se consideró definir la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son las repercusiones que generan los diferentes enfoques

teóricos de cuidados en la construcción del ser enfermero al finalizar la primera etapa de formación en estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2019?

La diversidad de enfoques teóricos vistos en los tres primeros años de la carrera de Enfermería proporciona una base científica de conocimientos para poder llevarlos a la práctica, los fundamenta y enseña a actuar con coherencia; puesto que las teorías son capaces de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos, si bien son fundamentales al momento de implementarlos en la praxis diaria y por tal motivo la importancia de su enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, estudiar varios modelos teóricos que no pertenezcan a un mismo paradigma puede dificultar la adquisición del conocimiento. De este modo, el propósito de este trabajo fue plasmar las diferentes repercusiones que ellas generan durante las experiencias de la praxis realizada en las diferentes áreas de Enfermería, según su importancia, profundización, relevancia y su aplicabilidad. Asimismo, esas repercusiones que surgen a través de la enseñanza, la práctica y la reflexión de los saberes propios de la disciplina de Enfermería construyó la significación del ser enfermero. Debido a esto, se pretendió visualizar tales construcciones que surgieron según las concepciones teóricas que fundamentan la gestión de los cuidados, ya sea desde una mirada asistencialista, de prevención y promoción o de los modelos enfocados en la reinserción social. Por consiguiente, se planteó como objetivo general; determinar las repercusiones que generaron los enfoques teóricos de cuidados en la construcción del ser enfermero, al finalizar la primera etapa de formación en estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la U.N.C. en el año 2019.

Método

El Estudio realizado fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal incluyendo a estudiantes de ambos sexos que estaban cursando la asignatura Infanto-Juvenil de 3° año de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2019. La indagación siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki. El protocolo de investigación ha sido revisado y aprobado por el equipo de cátedra de la asignatura Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2019.

El Universo estuvo constituido por 275 estudiantes que estaban cursando la asignatura “Infanto-Juvenil” de 3° año de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la FCM. UNC.

Muestra: El tamaño de la muestra se estimó en (n: 86) estudiantes. Se realizó un muestreo por conveniencia. Conformaron la muestra los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado y que aceptaron voluntariamente participar del estudio.

Criterios de Inclusión: Estudiantes que estaban cursando la asignatura Infanto-Juvenil de 3° año de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la FCM. UNC.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron de este estudio a todos a todos los estudiantes de 3° año que no cursaban la asignatura.

Además, el estudio presentó la variable: Repercusiones que generan los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero en sus dimensiones de Persona, Salud, Entorno y Cuidado con sus respectivos indicadores plasmadas por los Metaparadigmas de los diferentes enfoques teóricos, que se describen a continuación: Dimensión Persona: según Henderson, Virginia (1964), es una unidad bio-psicosocial. Nola Pender (1986), es un ser que se interrelaciona con su entorno de manera dinámica donde incluye a la familia como una unidad. Barker (como un individuo que se relaciona con el otro y con el mundo, atravesado de experiencias cargadas de significaciones. Dimensión Salud: según Henderson, Virginia (1964), determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades. Nola Pender (1986), la conducta que motiva por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano promoviendo la salud. Barker, la salud es una tarea propia, las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación. Dimensión Entorno: según Henderson, Virginia (1964) es un conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de la persona. Nola Pender (1986), una interacción entre factores internos y externos que influyen en la aparición de conductas promotoras de la salud. Barker (2008), las personas viven en un mundo social y material donde su interacción con éste incluye a otras personas, grupos y organizaciones. Dimensión Cuidado: según Henderson, Virginia, (1964) el papel de la enfermera en la sociedad es proporcionar servicios a individuos, incapaces de lograr su independencia. Pender (1986) la Enfermera se centra en la educación y en fomentar aquellas actitudes de promoción y prevención de la salud. Barker (2008), el enfermero es el encargado de acompañar a la persona mediante actividades concretas como la escucha atenta y diálogo brindándole empoderamiento para su reinserción en la sociedad.

Fuente primaria. El estudio se realizó en la Escuela de Enfermería con

estudiantes de ambos sexos con un rango etario entre 21 y 50 años de edad, que cursaban la asignatura Infanto-juvenil en el año 2019. Para la ejecución, se les explicó a los participantes el objetivo y la importancia de la colaboración en el estudio, para que luego el estudiante pudiera tomar la libre decisión de participar o no en la investigación y, en caso afirmativo, esto se expresó a través de la firma de consentimiento informado.

Se realizaron dos estudios piloto con 13 estudiantes: 10 de ellas/os en una instancia y los 3 restantes en una segunda instancia, los cuales no formaron parte de la muestra, con la intención de verificar la confiabilidad y adecuar el instrumento seleccionado en la población. La recolección de datos fue realizada en el 2019 mediante una encuesta autodirigida con un cuestionario de 12 preguntas en total.

Una vez obtenidos los datos, para efectuar su procesamiento, se procedió de la siguiente manera. La primera parte del resultado de las respuestas cerradas, correspondientes a los datos personales de alumnos, se hicieron en tablas simples donde se agruparon en frecuencias absolutas y relativas.

En la segunda parte, la variable se plasmó en cuadros donde fueron ubicadas las respuestas abiertas. A cada dimensión se le colocó del N° 1 al N° 4 y, en base a la respuesta de cada estudiante, se transcribió según la aproximación que tuviera con el indicador, el cual se categorizó por indicador “A”, “B”, y “C”. En caso de que la respuesta no se aproximara a los indicadores propuestos en este proyecto, se anexó la opción “D”.

Según los Metaparadigmas, la dimensión N° 1 correspondió a Persona, dimensión N° 2 a Salud, dimensión N° 3 Entorno y la dimensión N° 4 a Cuidado.

En cuanto a los indicadores, se describieron en base a cada dimensión. En la dimensión N° 1 (Persona), se plasmaron las concepciones de: “A” Henderson (1964); “B” Pender (1986); “C” Barker (2008) que fueron desarrollados en la operacionalización de la variable y en el indicador “D” se transcribió la respuesta que no se relacionaba con las teoristas propuestas. De la misma manera fue para las siguientes dimensiones de Salud, Entorno y Cuidado, referidas a los autores mencionados.

Resultados

Los resultados con respecto a las variables personales de estudiantes que participaron, se observaron que predominó el sexo femenino con un (90%)

sobre el masculino; más de la mitad de las/los estudiantes presentaron un rango etario entre 21 y 30 años y el 80 % de ellas/os estaban cursando la carrera desde hacía 3 y 4 años.

Con respecto a la noción de Persona que poseen los estudiantes, se observó una gran adherencia y repercusión del modelo de las necesidades de Henderson (1964) con un 52%; Pender (1986) con un 25%, siendo Barker (2008) elegido por el menor número de encuestados. (Tabla N° 1).

TABLA N° 1 Noción de <i>Persona</i> en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero* Estudiantes de 3er año de Licenciatura en Enfermería, U.N.C. 2019.			
PERSONA	OPCIÓN	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
VIRGINIA HENDERSON	A	Los alumnos opinaron que el sujeto de cuidado es un ser bio-psico-social.	45
NOLA PENDER	B	Sujeto, entorno, dinámico. Se interrelacionan e incluyen a la familia.	22
PHIL BARKER	C	Individuo activo con experiencias cargadas de significaciones	2
OTROS	D	Fue tomada Leininger y las características que refirieron fueron: Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.	17
TOTALES	-	-	86

Fuente: Encuesta autodirigida

Repercusiones en las/los estudiantes: La concepción de Persona se encuentra influenciada por la teoría de Henderson (1964) citado por García González (2012). Las/los alumnas/os tienen una marcada percepción de persona como ser biopsicosocial; consideran al individuo como un todo, lo que repercute de forma directa tanto en la observación y exploración que se realiza a los sujetos en el proceso de atención, en el cuidado que se va a brindar y en la formación del ser enfermero. (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1: Repercusión de la noción de *Persona* en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero* Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, U.N.C. 2019.

Repercusiones:

- La concepción de Persona se encuentra influenciada por la teoría de Henderson (1964) citado por García González (2012), 45 de 86 encuestados adhieren a ésta siendo el resto parte de la diversidad teórica expuesta.
- Las/los alumnas/os no se posicionan en una teoría determinada a la hora de adherir a un metaparadigma; están influenciados por la materia que se encuentren cursando.
- Las repercusiones teóricas son puestas de manifiesto a través de las herramientas con las que cuentan para poder llevar a cabo su práctica profesional y responder a las exigencias de ésta. Las/los alumnas/os tienen una marcada percepción de persona como ser biopsicosocial, consideran al individuo como un todo; esto repercute de forma directa tanto en la observación y exploración que se realiza a los sujetos en el proceso de atención, en el cuidado que se va a brindar y en la formación del ser enfermero.

Fuente: Encuesta autodirigida

En relación con la concepción de Salud predominante en los estudiantes corresponde a la opción D con un 42%; la teoría seleccionada es la impartida por Leininger (1970); la repercusión en los encuestados mostró énfasis en la interculturalidad relacionada a la concepción de Salud. Mientras que los conceptos brindados por Henderson (1964) y Pender (1986) igualaron el porcentaje de adherencia. (Tabla N° 2).

TABLA N° 2 Concepción de *Salud* en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero”. Estudiantes de 3° año de la Licenciatura en Enfermería. U.N.C. 2019.

SALUD	OPCIÓN	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
VIRGINIA HENDERSON	A	Es determinada por el grado de dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades básicas expuestas en su teoría.	22
NOLA PENDER	B	La conducta guiada para alcanzar el bienestar y el potencial humano. Promoción de salud Prevención de enfermedad.	22
PHIL BARKER	C	-	-
OTROS	D	Fue tomado el concepto de Leininger en donde refirieron que la salud está basada en creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona.	42
TOTALES	-	-	86

Fuente: Encuesta autodirigida

Repercusiones: Las/los alumnas/os identifican la influencia de la pluriculturalidad; sostienen la importancia del respeto por las diferentes culturas, religiones; en la concepción de salud, 42 de 86 encuestados adhieren a la teoría de Leininger (1979). Exponen en la encuesta que cumplen su rol enfermero con autonomía, libertad y responsabilidad; su percepción de ser enfermero se encuentra caracterizada por conceptos de salud humanísticos. (Cuadro N° 2).

Cuadro “D” Repercusiones de la concepción de *Salud* en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero”. Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. U.N.C. 2019.

<p>Repercusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las/los alumnas/os identifican la influencia de la pluriculturalidad; sostienen la importancia del respeto por las diferentes culturas, religiones; en la concepción de salud, 42 de 86 encuestados adhieren a la teoría de Leininger (1970). La conducta de las/los estudiantes está guiada a brindar bienestar y mantener la salud de la persona; lo cual repercute directamente en la necesidad de cambios teóricos en el estudio de la profesión de enfermería. Exponen en la encuesta que cumplen su rol enfermero con autonomía, libertad y responsabilidad; su percepción de ser enfermero se encuentra caracterizada por conceptos de salud humanísticos.
--

Fuente: Encuesta autodirigida

En lo referido al concepto de Entorno adoptado por un 40% de encuestados se abocó principalmente a la teoría de las necesidades de Henderson (1964), generando repercusiones en la visión de éste y sobre las bases conceptuales que la autora determina. Además, se observa que el modelo de Barker (2008), el cual refiere la interacción entre el entorno y las personas, es el menos seleccionado (Tabla N° 3).

TABLA N° 3 Concepto de Entorno en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero. Estudiantes de 3 año de la Licenciatura en Enfermería. U.N.C 2019.			
ENTORNO	OPCIÓN	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
VIRGINIA HENDERSON	A	Condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de la persona.	35
NOLA PENDER	B	Aparición de conductas promotoras de la salud influenciada por diferentes factores.	25
PHIL BARKER	C	Interacción entre el entorno y las personas.	11
OTROS	D	Tomada por Leininger; refieren que son todos los aspectos que rodean a los individuos y grupos culturales.	15
TOTALES	-	-	86

Fuente: Encuesta autodirigida

Repercusiones: 35 de 86 encuestados escogieron la teoría de Henderson Las diferentes nociones estudiadas repercuten en las conductas que van a adoptar las/los alumnas/os en relación directa con el cuidado; se van a observar las influencias externas y cómo es el desarrollo de la persona en su aplicación. La/el alumna/o en su construcción del ser enfermero reconocen la existencia de un entorno dinámico que se encuentra influenciado por los cambios económicos, políticos y sociales; repercute de forma directa en la capacidad que presenta de adaptación en el entorno donde realiza su práctica y la manera en la que se va a posicionar en las diferentes circunstancias que se le presenten en el desarrollo del proceso de atención de Enfermería. (Cuadro N° 3).

<p>Cuadro N° 3: Repercusiones en el Concepto de Entorno por los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero” Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. U.N.C. 2019.</p> <p>Repercusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 de 86 encuestados escogieron la teoría de Henderson (1964). • Las diferentes nociones estudiadas repercuten en las conductas que van a adoptar los alumnos en relación directa con el cuidado, se van a observar las influencias externas y cómo es el desarrollo de la persona en su aplicación. • La/el alumna/o en su construcción del ser enfermero reconocen la existencia de un entorno dinámico que se encuentra influenciado por los cambios económicos, políticos y sociales; repercute de forma directa en la capacidad que presenta de adaptación en el entorno donde realiza su práctica y la manera en la que se va a posicionar en las diferentes circunstancias que se le presenten en el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.
--

Fuente: Encuesta autodirigida

En lo que se refiere a Cuidado, los conceptos internalizados por las/los estudiantes son los expuestos en las teorías de Pender (1986) y Leininger (1970) los cuales repercuten principalmente en el cuidado prevaleciendo la visión de promoción y prevención a través de la educación y capacitación.

Repercusiones: En la noción de cuidado se visualiza una influencia determinante de las teorías de Pender (1986) y Leininger (1970). Las/los estudiantes manifiestan que pueden identificar las necesidades y cuentan con las herramientas para poder formular estrategias de acción, sus conductas están guiadas a capacitar, prevenir y promover. (Tabla N° 4).

TABLA N° 4 Construcción que internaliza la/el estudiante de *Cuidado* en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero, Estudiantes de 3er año de Licenciatura en Enfermería, U.N.C 2019.

CUIDADO	OPCIÓN	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
VIRGINIA HENDERSON	A	El papel de la enfermera es proporcionar servicios a los individuos incapaces de lograr su independencia	23
NOLA PENDER	B	Enfermera centrada en la educación y en fomentar actitudes de promoción y prevención de salud	32
PHIL BARKER	C	-	-
OTROS	D	Tomada por Leininger; acciones dirigidas a la asistencia y capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes	31
TOTALES	-	-	86

Fuente: Encuesta autodirigida

Remarcan que hay una determinación social en las nociones de cuidado, que le permiten al/la estudiante adecuarse a cada situación particular y manifiestan la necesidad de poder profundizar sus conocimientos teóricos.

Se presenta una incoherencia entre el pensamiento y la atención; es decir; la persona es construida desde la teoría de las 14 necesidades de Henderson (1964) citado por García Gómez (2012), y el Cuidado desde la teoría de Interculturalidad de Leininger (1970) citado por Fernández (2010). (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4 Construcción que internaliza el estudiante de *Cuidado* en los diferentes enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero” Estudiantes de Infanto Juvenil de la Licenciatura en Enfermería, U.N.C 2019.

<p>Repercusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la noción de cuidado se visualiza una influencia determinante de las teorías de Pender (1982) y Leininger (1970), los estudiantes manifiestan que pueden identificar las necesidades y cuentan con las herramientas para poder formular estrategias de acción, sus conductas están guiadas a capacitar, prevenir y promover. • Remarcan que hay una determinación social en las nociones de cuidado, que le permiten al/la estudiante adecuarse a cada situación particular y manifiestan la necesidad de poder profundizar sus conocimientos teóricos. • Se presenta una incoherencia entre el pensamiento y la atención; es decir; la persona es construida desde la teoría de las 14 necesidades de Henderson (1964) citado por García Gómez (2012), y el Cuidado desde la teoría de Interculturalidad de Leininger (1970) citado por Fernández (2010).

Fuente: Encuesta autodirigida

Discusión

Las construcciones teóricas y modelos de enfermería han proporcionado el pilar que permitió y permite la evolución y el avance de la disciplina brindando los conocimientos que justifican y avalan la práctica profesional de forma científica.

Se observa una amplia variedad de teorías las cuales repercuten de forma directa en la construcción del ser enfermero; las/los estudiantes toman diferentes enfoques en las dimensiones de persona, salud, entorno y cuidado. En relación con la Persona se determina la noción que pertenece a la teoría Henderson, con una adherencia del 52%.

La repercusión en la/el estudiante está relacionada con el modelo verticalista desarrollado por Henderson quien sostiene que la persona es un ser biopsicosocial; se fundamenta en Piovano, (2014) quien expone que la persona es considerada desde un modelo que se caracteriza por presentar una visión asistencialista, biologista, individual y centrada en la enfermedad.

En lo que se refiere al *Entorno* se identifica que un 40 % adhiere al concepto de la teoría de Henderson (1964). La repercusión en las/los estudiantes está dada en que en el proceso de atención hay una utilización de múltiples paradigmas; conciben la existencia de las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de la persona; pero el cuidado es brindado desde Pender (1986) y Leininger (1970).

Salud se establece como resultado destacado a la teoría impartida por Leininger (1970) con un 42%; siendo ésta un importante hallazgo teórico del estudio. Presentando un modelo de cuidado horizontal.

Repercusión; la concepción de salud establecida permite a las/los estudiantes tener una visión de cuidado más humano, van más allá de los conocimientos, hacen uso del saber de los cuidados enfermeros para practicar cuidados culturalmente responsables; sin embargo, la concepción de persona es tomada de Henderson (1964).

Cuidado, los conceptos internalizados por las/los estudiantes son los descriptos en las teorías de Pender (1986) con un 37% y Leininger (1970) con un 36%.

Repercusión; a diferencia de las dimensiones *Persona, Entorno y Salud*

donde prevalece la adherencia de una teoría sobre las otras, en *Cuidado* las/los alumnas/os optan por dos concepciones: de un total de 86 encuestados 32 alumnas/os toman a Pender y 31 alumnas/os a Leininger (1970). Se observa que el resultado es más disperso; si bien son teorías diferentes, ambas presentan un punto en común relacionado con la capacitación y educación en busca del bienestar.

La construcción del ser enfermero de las/los alumnos de 3er año de la carrera Licenciatura en Enfermería; se encuentra posicionado desde las teorías de Henderson (1964), Pender (1986) y Leininger (1970) en relación con la teoría de Barcker (2008) las/los encuestadas/os manifestaron desconocer su paradigma.

Se verifica que en el momento de desarrollar la atención de cuidado las/los alumnas/os se posicionan en diferentes enfoques; no se basan en una teoría específica, se encuentran influenciados por el material curricular desarrollado por cada asignatura en curso. No hay una unificación de criterios para brindar el cuidado y se pone de manifiesto una incoherencia entre el pensamiento y la atención; *Persona* y Entorno son construidos desde la teoría de Henderson (1964). *Cuidado* desde la teoría de Interculturalidad de Leininger (1970) y la noción de Salud se encuentra compartida entre Pender (1986) y Leininger (1970).

En consecuencia, se contrapone con lo expuesto por López (2007) quien sostiene que se debe aplicar el PAE apoyado por una teoría a partir del contacto con la práctica lo que facilitará el desarrollo del ejercicio profesional con la calidad y eficacia correspondiente.

La diversidad de los paradigmas, su cambio y dinamismo en el desarrollo de la carrera Licenciatura en Enfermería, es el motivo por el cual las/los estudiantes tienen poca claridad en cuanto a su identidad como ser Enfermero.

Conclusión

Desde los resultados obtenidos se concluye que se logró identificar cuáles fueron las repercusiones que generan los enfoques teóricos de cuidado en la construcción del ser enfermero, al finalizar la primera etapa de formación en estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la U.N.C. en el año 2019.

A través de la identificación del posicionamiento que las/los estudiantes

tomaron en las dimensiones de estudio; se identificó que en la construcción de su ser enfermero, no se posicionan en una teoría determinada, no hay unificación de criterio.

Se destacan las nociones de Persona y Entorno por elección la teoría expuesta por Henderson (1964) citada por García González (2012); en la noción de Cuidado escogen la teoría de Leininger (1970) citado por Fernández (2010). Por último, en Salud se posicionan en Pender (1982) citado por Cisneros (2005); destacando que son influenciados por una variedad de teorías que en la actualidad deben responder a las demandas sanitarias y sociales, para brindar un eficaz Procesos de Atención de Enfermería utilizando la observación participativa para el estudio y el cuidado de la conducta humana.

Es fundamental el papel que cumple la Escuela de Enfermería y sus educadores quienes muestran compromiso en la filosofía de enseñanza respondiendo al dinamismo social actual y al cambio de las necesidades de atención, ya que el avance social y cultural tienen un impacto tanto en el individuo receptor del cuidado como en el profesional de la salud; quien necesita adaptarse a este dinamismo.

Referencias bibliográficas

- Barker P. & Barker, P.J., (2008). *“The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery”*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Volumen 15(2), pp. 93–100
- Cisneros. F. (2005) *“Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad de Cuaca”*. Scielo Colombia, (pág. 11). <http://www.scielo.org.co/pdf/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- Fernández, M. L (2010). *“Bases históricas y teóricas de la Enfermería”*. Tema 11. Modelos y teorías en enfermería (IV). Modelo de Madeline Leninger. Universidad de Cantabria. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema0.pdf>
- González – García, E.; et. al (2012). *“La metodología docente como estrategia para promover la sostenibilidad en las aulas universitarias. Un estudio de caso en la Universidad de Cádiz”*. Foro de Educación, v. 13, n. 19, julio-diciembre 2015, pp. 85-124. <https://www.redalyc.org/pdf/4475/447544537006.pdf>
- Henderson, V. (1964) *“The Nature of Nursing”*. American Journal of Nursing, 64, 62-68.

- Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (2016). “*Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Universitaria*”, *Scielo México*, 13(4), (pag208).

- Leininger, M. (1970). “*Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*”. New York NY: John Wiley and Sons.

- López M MG,et. al. . (2007) “*Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardiaca*”. *Revista Enfermería en Andújar, Jaén España*. 2007; N° 41 / 2. o cuatrimestre 2007.

- Mariner, T. (2011). “*Modelos y Teorías de Enfermería: Modelo de Relación de Persona a Persona de Travelbee Joyce*”. España. 7º Edición.

- Pecina Leyva, R (2012). “*Experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. Estudio cualitativo*”. *Medigraphic Literatura Biomédica* Vol. 11, No. 1: pp21- 24, <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121d.pdf>

- Pender, N.J. (1982) *Health promotion in nursing practice*. Ed. Norwalk, Conn.

- Piovano M., et. al. (2014). “*Escritura Científica. Un desafío para investigadores en formación*”. Córdoba. 1º Edición. Nombre Editorial.

- Reyes Luna, J, et.al. (2007). “*Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Ciencia y enfermería*”, *Scielo Brasil* 13(1), pp 45-57. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art06.pdf>

CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES Y FAMILIARES QUE CONDICIONAN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

THE INSTITUTIONAL AND FAMILY CHARACTERISTICS CONDITIONING THE PARENTS' INVOLVEMENT IN THE CARE OF HOSPITALIZED NEWBORNS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS E FAMILIARES QUE CONDICIONAM A PARTICIPAÇÃO PARENTAL NO CUIDADO DE RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Autoras: Erika Moreno¹ y Fernanda Montenegro²

Resumen

Objetivo: Describir las características institucionales y familiares que condicionaron la participación de los padres en el cuidado de los recién nacidos hospitalizados en UTIN. **Material y Métodos:** Población: padres y madres asistentes a la UTIN del HMN y/o algún otro familiar o persona autorizada para el cuidado del RN. Instrumento de recolección de datos cuestionario semi abierto. **Resultados:** Participó 81% y 19% no lo hizo. Un 56% participó en el cuidado entre 15 y 35 horas por semana. El vínculo materno fue un condicionamiento positivo en la participación ($p=0,03$). Las causas institucionales que predominaron como condicionantes negativos fueron la no inclusión de la familia (82%); no promoción del contacto físico con él bebe (37%) y el espacio físico incómodo (29%). Los motivos inherentes a la persona del/la cuidador/a que se asociaron negativamente a su participación en el cuidado fueron: el sufrimiento intenso devenido de la hospitalización (87%); el miedo a la patología (68%) y el cuidado de otros hijos (55%). Los cuidadores sintieron más miedo a la patología del niño que a la UTIN (68/43%). **Conclusión:** La madre es el principal referente de participación positiva en el cuidado de los neonatos hospitalizados. Pese a los condicionantes negativos fue mayor la población que participó que aquella que no lo hizo; sin embargo, se sugiere revisar protocolos de intervención en el abordaje del paciente y su familia a fin de crear una red de apoyo con cambios de actitud que atenúen las causales negativas y potencien la capacidad de resiliencia.

Palabra Clave: cuidados neonatales – familia – participación - neonatos.

* Trabajo final para acceder a título de Maestría en Salud Materno Infantil.

1. Licenciada en Enfermería. Hospital Universitario Austral. Contacto: juanaymunna@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9793-3963>

2. Lic. en Enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba
Contacto: fer_montenegro@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-5270-8508>

Summary

Objective: To describe the institutional and family characteristics which conditioned the parents' involvement in the care of hospitalized newborns in the NICU. **Materials and Methods:** Participants: fathers and mothers who frequent the NICU at the HMN and/or any other relative or person authorized to take care of the newborn. **Data collection method:** Semi open-ended questionnaire. **Results:** The percentage that participated was 81% leaving a 19% of non-participants. 56% of participants spent between 15 and 35 hours in the study. The mother-infant bonding conditioned the participation positively ($p=0,03$). The negative predominant conditioning institutional causes were the family non-inclusion (82%), insufficient promotion of physical contact with the baby (37%) and the uncomfortable physical space (29%). The inherent reasons of the caregiver which negatively affected its care participation were the intense suffering due to the child's hospitalization (87%), the fear of the disease (68%) and the care of other children (55%). What caregivers feared the most was the potential development of a disease in the child rather than the NICU itself (68/43%). **Conclusion:** The mother is the main figure which participates positively in the hospitalized newborns' care. Regardless of the negative conditionings, the number of persons who participated was greater than the one that did not. Nevertheless, it is suggested that the intervention protocols about the approach to the patient and their family be reviewed in order to create a support network together with attitudinal changes which reduce the negative conditionings and encourage the person's ability to be resilient.

Key Words: Neonatal care. Family. Involvement. Newborns.

Resumo

Objetivo: Descrever as características institucionais e familiares que condicionavam a participação dos pais no cuidado de recém-nascidos internados na UTI Neonatal. **Material e Métodos:** População: pais que frequentam a UTI neonatal do HMN e/ou qualquer outro familiar ou pessoa autorizada a cuidar do RN. Instrumento de coleta de dados de questionário semiaberto. **Resultados:** 81% participaram e 19% não participaram. 56% participaram do atendimento entre 15 e 35 horas semanais. O vínculo materno foi um condicionamento positivo na participação ($p=0,03$). As causas institucionais que predominaram como condições negativas foram a não inclusão da família (82%); não promoção do contato físico com o bebê (37%) e espaço físico desconfortável (29%). As razões inerentes à pessoa do cuidador que estavam negativamente associadas à sua participação no cuidado foram: sofrimento intenso de internação (87%); medo da patologia (68%) e cuidar de outras crianças (55%). Os cuidadores tinham mais medo da patologia da criança do que da UTI (68/43%). **Conclusão:** A mãe é a principal referência de participação positiva no cuidado de recém-nascidos hospitalizados. Apesar das condições negativas, a população que participou foi maior do que as que não participaram; no entanto, sugere-se rever protocolos de intervenção na abordagem do paciente e de sua família, a fim de criar uma rede de apoio com mudanças de atitude que atenuam as causas negativas e aumentam a capacidade de resiliência.

Palavras-chave: cuidados neonatais – família – participação – recém-nascidos.

Introducción

Los avances en tratamiento y cuidado neonatal han sido muy significativos en los últimos 30 años, tanto en lo que respecta al soporte de la vida extrauterina en los nacimientos prematuros, como aquéllos que no se dan en estas condiciones, pero sí con un diagnóstico poco alentador o subyugados a factores de riesgo de morbilidad. Ya sea desde las innovaciones tecnológicas y de aparatología médica de alta complejidad, así como los cambios en los modos de pensar y por ende de abordar al pequeño paciente y su familia en los ámbitos hospitalarios, es que se ha logrado, por ejemplo, un cambio progresivo y lento en el rol profesional del equipo de salud y en el de los padres en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Gracias a acontecimientos históricos y no menos importantes como por ejemplo la declaración en 1986 de los derechos del niño hospitalizado, es que el foco de abordaje pudo moverse hacia una mirada que brindara las bases para un cuidado y tratamiento integral de estos pacientes, con inclusión, participación y posterior integración de los padres y la familia al tratamiento brindado por el equipo de salud.

En este punto surgen aspectos ideológicos y de intervención tales como el Cuidado Centrado en el Desarrollo (CCD), La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN), el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). (UNICEF, 2012).

Sin embargo, aún con todo el camino transitado y los logros adquiridos, las etiquetas político-hospitalarias no han podido abordar de forma completa aquellas características, tanto familiares como institucionales, que continúan condicionando de manera directa o indirecta la participación de los padres en el tratamiento y cuidado de los niños hospitalizados. Basta con sólo asomarnos a una Unidad de Terapia Intensiva para poder valorar a través de la observación, cuántos recién nacidos de la totalidad se encuentran cuidados por sus padres y cuántos por el equipo de salud. (Montes Bueno, et al., 2013).

Los cuidados centrados en el desarrollo tienen como objetivo favorecer el neuro desarrollo sensorial y emocional del recién nacido a través del reestablecimiento, mantenimiento y fortalecimiento del vínculo de apego con sus padres. El apego es una relación especial de afecto que busca la proximidad entre el niño y sus padres brindando seguridad emocional y asegurando la supervivencia, ya que ellos sienten que cuentan con los recursos necesarios para obtener bienestar permitiendo el contacto físico y la comunicación pese a las

distancias. Uno de los núcleos de dicho cuidado es el reconocimiento de la familia como referencia permanente en la vida del bebé, más aún cuando éste se encuentra hospitalizado entendiendo a los sujetos como una unidad indivisible, promoviendo su contacto y la participación activa de los padres en el cuidado. (López Mirón, 2018).

El *modelo de maternidades seguras y centradas en la familia* surge a finales de 2009 y como producto de la integración de ambos modelos, promueve una atención humanizada y centrada en los derechos de la madre y el niño como base de una calidad de atención que disminuya la morbilidad materna y neonatal postulando la participación de los padres y el empoderamiento de la familia en el cuidado de la mujer y su hijo. (UNICEF, 2012). Facilita la inclusión de los padres en el cuidado de la internación neonatal por medio de su ingreso irrestricto, la visita programada de abuelos y hermanos, la promoción del contacto piel a piel y la lactancia materna. Su primer eje conceptual se funda en el consenso institucional para desarrollar acciones y asignar recursos financieros y edilicios que posibiliten la inclusión y participación de los padres para proteger el vínculo con el recién nacido ante el impacto de la hospitalización. (Harillo Acevedo et. al, 2017).

La hospitalización de un recién nacido es una separación de la unidad padres-hijos que propone una interferencia de peligro en el vínculo de apego, con consecuencias negativas sobre éste y en el potencial desarrollo del niño posteriormente. Conlleva factores psicológicos y emocionales de estrés para los padres produciéndose muchas veces el distanciamiento con el hijo, con una incidencia negativa y directa en la participación de éstos en su cuidado. Por ello es que la familia debe organizarse de forma dinámica como una unidad capaz de responder ante tal situación crítica. (Caruso y Mikulic, 2012).

La familia es un sistema abierto en constante interacción con el medio extra familiar que se adapta a las distintas etapas del desarrollo. Posee funciones específicas como la de satisfacer las necesidades de los hijos generando entre sus progenitores y ellos simbiosis y apego, relaciones gratificantes y esenciales para la supervivencia humana. La organización dinámica de la familia es ejercida por ambos padres quienes poseen roles diferentes en unidad y acuerdo requiriéndose de dicha alianza para el mutuo apoyo en la capacidad de respuesta y resolución de la crisis que implica la hospitalización de un hijo. Esta crisis, que sobreviene como un golpe inesperado, es una experiencia que exige que ambos individuos lleven a cabo acciones hasta entonces ajenas a su cómodo repertorio; sin embargo, con el apoyo recíproco, los padres aúnan esfuerzos y se organizan adaptándose a las nuevas circunstancias. (Semenova Moratto Vásquez, et. al.,2015).

La reorganización familiar es el conjunto de procesos de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando las necesidades familiares a sus recursos; a ello se le denomina resiliencia familiar y surge como respuesta a tres etapas posteriores a la aparición de una crisis: un período de desorganización, al que le sigue uno de recuperación de medios para concluir finalmente en una reorganización donde la familia se reconstruye y hasta puede lograr superar el funcionamiento anterior al trance. (Gómez y Kotliarenco, 2010).

La investigación tuvo como objetivo describir las características familiares e institucionales que condicionan la participación de los padres en el cuidado de los recién nacidos hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Córdoba durante 2016.

Metodología

La investigación fue descriptiva prospectiva, transversal y cuantitativa. La población estuvo compuesta por 100 individuos, padres y madres asistentes a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Materno Neonatal en la ciudad de Córdoba y/o algún otro familiar o persona autorizada a participar en el cuidado del recién nacido con una permanencia de hospitalización en dicho lugar mayor a 2 días en cualquiera de las 24 horas del día de cualquier día de la semana. En cuanto a las características sociodemográficas, fueron padres, madres y cuidadores provenientes del ejido urbano de esta ciudad y también de zonas del interior de la provincia. Dada la magnitud poblacional, no se trabajó con muestra alguna. Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista y el instrumento fue un cuestionario semi abierto, validado por tres expertos. Los datos fueron analizados mediante la versión actualizada del programa *Statistic Package for Social Science (SPSS)* y ordenados en tablas frecuenciales simples y de contingencia que facilitaron el entrecruzamiento de variables. Los análisis fueron según lo permitieron las escalas en que fueron medidas las variables bajo estudio (medidas de tendencia central, de variabilidad, etc.); la interpretación de los datos se hizo teniendo en cuenta el marco teórico y los objetivos de la investigación.

Consideraciones éticas: Las personas que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y el Comité de Capacitación y Docencia del Hospital Materno Neonatal. Se cumplieron las Normas de Buena Práctica de Investigación en Salud Humana (Resol. Ministerio Salud de la Nación N° 1490/2007) y las normativas éticas internacionales. Se aseguró resguardar la identidad de las personas.

Resultados

El perfil socio demográfico de la población bajo estudio se conformó por familias de tipo nuclear (61%) representando los monoparentales la minoría (6%) y el 33% pertenecía a familias extensas, residentes de algún barrio de la capital provincial (54%). Se destaca que el 23% de los cuidadores permanecía dentro de la institución hospitalaria, así como cuidadores del interior de la provincia de Córdoba.

De la distribución de los cuidadores según su vínculo con el/la recién nacido/a podemos decir que fue la madre la cuidadora que predominó (82%), valorándose un porcentaje bastante menor de padres (17%) y resaltando dentro de la población estudiada, la presencia de un solo abuelo cuidador del niño internado (1%).

La edad de la población bajo estudio estuvo comprendida entre adolescentes y jóvenes (49%), continuando por jóvenes adultos en un 38% y un menor número de cuidadores de más de 36 años de edad (13%). Su mediana fue de 26,0 con una desviación estándar de 7,09. En cuanto a su estado civil se encontraban legalmente casados (12%), mientras que la mayoría se mantuvo en situación de pareja con unión estable (68%). Un 20% refirió ser soltero. En relación con el nivel de instrucción, un 58% no completó el nivel secundario de educación, mientras que el 14% sí lo hizo, al igual que el nivel primario. A su vez, se observó que un 4% no completó dicho nivel (primario), ni tampoco el terciario. No hubo en la población ningún analfabeto. En la distribución según situación laboral, se observó que el valor que predominó fueron las madres desocupadas que no buscaban trabajo por ser amas de casa (41%); los cuidadores que no lo hacían por encontrarse a cargo de menores (2%). Dentro de la población trabajadora, en relación de dependencia (27%) y en forma independiente (5%). Sólo un 19% poblacional percibió subsidio social y 6 fueron estudiantes (6%).

Al considerar la distribución de los cuidadores que participaron en el cuidado, medido en horas por semana, se observó que el 30%, participó entre 15 y 28 horas, continuando con (26%) de 29 a 35. Llamamos la atención tres particularidades: de cien cuidadores sólo uno participó menos de 07 horas (1%) y 5 superaron el (5%). De cien entrevistados participaron (81%).

En la distribución de registros de la participación de los cuidadores en el cuidado según el tipo de familia al que pertenecían, se observó que sí participó (81%), mientras que el (19%) no lo hizo. Sin embargo, independientemente del

tipo de familia del que se tratase, dicho fenómeno se reprodujo, es decir: fueron más los cuidadores que sí participaron que quienes no lo hicieron. Esto podría explicar el hecho de que no existiese asociación estadística entre las variables bajo estudio. La mayoría de los cuidadores que sí participaron pertenecían a familias nucleares (53%) o extensas (24%) y monoparentales 4%.

Se observó una coincidencia en los porcentajes de los cuidadores que vivían dentro del hospital (23%) y aquéllos que residían en el interior de la provincia (23%). Sin embargo, no hubo diferencia significativa entre estos dos grupos en el número de cuidadores que no participaron, ya que de los que vivían dentro del hospital no participaron (3%) y los que pertenecían al interior provincial, no lo hicieron (4%). No existió asociación significativa entre la participación y el lugar de residencia del cuidador.

Se mostró que existió una diferencia importante entre los porcentajes de los grupos de padres (10%) y madres (70%) que participaron en el cuidado de sus hijos y, a su vez, se observó que no fue mucha la diferencia de éstos, entre los padres que sí participaron (10%) de aquéllos que no lo hicieron (7%). Mientras que, en el grupo materno, sí hubo una diferencia relevante de porcentajes entre las cuidadoras participantes (70%) y las no participantes (12%); esto podría guardar relación con la asociación evidente entre ambas variables. Es de destacar que el único cuidador que no fue ni madre ni padre del recién nacido sí participó (1%).

Tabla N° 1: “Distribución de registros de la participación de los cuidadores en el cuidado por el vínculo”.
(F. cuestionario a cuidadores de RN hospitalizados. 2017).

Vínculo	Participación en el cuidado				
	Sí		No		
	f	%	f	%	
Padre	10	10,0	7	7,0	
Madre	70	70,0	12	12,0	
Otro	1	1,0	0	0,0	
Total	81	81,0	19	19,0	
X ² =6,68		gl=2		p=0,03	

(F Cuestionario a cuidadores de RN hospitalizados. 2017)

Se observa que la mayoría de la población (35%) perteneció al grupo de cuidadores que se encontraron desocupados y no buscaban trabajo por ser amas de casa, continuando por un 21% que trabajaba en relación de dependencia y un 18% que percibía subsidio social. Sólo 1 individuo (1%) manifestó no buscar trabajo por encontrarse a cargo de menores; aun así, todos formaron parte de la población con participación positiva. Llama la atención que del 3% de trabajadores autónomos, 2% no participó en el cuidado y que del 19% que percibió subsidio social hubiese 1 que tampoco lo hizo. Los estudiantes de la población que sí participaron en el cuidado y los que no lo hicieron coincidieron en un 3% cada grupo. Al igual que los cuidadores amas de casa y trabajadores en relación de dependencia que no participaron en el cuidado coincidieron en un 6%.

En la distribución de registros de los cuidadores que no participaron en el cuidado por causas institucionales se observa que el porcentaje poblacional de (82%) refirió la no inclusión de la familia como una causa de la institución que condicionó negativamente la participación de los cuidadores en el cuidado del niño hospitalizado, continuando por un 37% que lo atribuyó a la no promoción del contacto físico con el bebé. Entre el 22 y el 29%, manifestaron otras causas tales como el espacio físico incómodo, la incomunicación profesional con el cuidador, la no promoción de su permanencia en el servicio y las relaciones interpersonales conflictivas con los profesionales que brindaban asistencia. Se destaca que a excepción de la causa “no inclusión de la familia” gran parte de la población no consideró estas causas como condicionantes negativos de la participación en cuidado de sus hijos. Y si bien el (82%) postularon que la no inclusión de la familia era una causa institucional de no participación en el cuidado, todos participaron. Coincidieron también los porcentajes de entrevistados que dijeron que la no promoción de la permanencia del cuidador en el servicio y las relaciones interpersonales conflictivas, eran factores que afectaban la participación (22%).

Tabla N°2: Distribución de registros de los cuidadores que no participan en el cuidado por causas institucionales

Causas institucionales		No participación en el cuidado			
		Si		No	
		f	%	f	%
Espacio físico incómodo		29	29,0	71	71,0
Actitud profesional frente al cuidador	No promoción de la permanencia	22	22,0	78	78,0
	No promoción del contacto físico	37	37,0	63	63,0
	No inclusión de la familia	82	82,0	18	18,0
	Relaciones interpersonales conflictivas	22	22,0	78	78,0
Incomunicación profesional con el cuidador		26	26,0	74	74,0

(F Cuestionario a cuidadores de RN hospitalizados. 2017)

En relación con los cuidadores que no participaron en el cuidado por causas personales, un 87% de la población refirió y estableció como primera causa personal de no participación el sufrimiento intenso devenido de la hospitalización del recién nacido, continuando por un 68% que dijo que el miedo a la patología fue un condicionante. A su vez, un 55% manifestó el cuidado de otros hijos como una limitante, mientras que el 42% consideraron a la terapia y al sentimiento de incapacidad para cuidar de su hijo, como motivos personales que influían negativamente en su participación. Es de destacar los siguientes guarismos: un 20% de la población experimentó problemas físicos de salud que no les permitieron participar; 2% individuos por iniciativa propia decidieron no participar del cuidado del niño en algún momento. El 90% poblacional confió en el equipo de salud, y los cuidadores le tuvieron más miedo a la patología del niño (68%) que a la misma UTIN (43%).

Tabla N°3: Distribución de registros de los cuidadores que no participan en el cuidado en relación a causas personales.

Causas personales	No participación en el cuidado				
	Si		No		
	f	%	f	%	
Sufrimiento intenso	87	87,0	13	13,0	
Miedo	Patología	68	68,0	32	32,0
	UTIN	43	43,0	57	57,0
Sentimiento de incapacidad para cuidar por desconocimiento	42	42,0	58	58,0	
Problemas físicos de salud	20	20,0	80	80,0	
No participación por decisión propia	2	2,0	98	98,0	
No colaboración por desconfianza en el equipo de salud	10	10,0	90	90,0	
Cuidado de otros hijos	55	55,0	45	45,0	

(F Cuestionario a cuidadores de RN hospitalizados. 2017)

Discusión

La realización de este estudio permitió a la autora describir las características institucionales y familiares que condicionaron la participación de los padres en el cuidado de los Recién Nacidos hospitalizados en UTIN.

En relación con los resultados analizados el perfil socio demográfico, la población bajo estudio se conformó por familias de tipo nuclear (61%); el 33% pertenecía a familias extensas, residentes de algún barrio de la capital provincial (54%);

se destaca que el 23% de los cuidadores permanecía dentro de la institución hospitalaria, considerado un porcentaje escaso teniendo en cuenta que había cuidadores del interior de la provincia.

En cuanto a la residencia habitual de los cuidadores el *Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la familia* (2010) en su primer eje conceptual, se refiere a la necesidad de una cultura organizacional intra institución coherente con el pensamiento universal vigente de medicina centrada en el paciente y su familia. Basándose para ello en un paradigma que reconozca y garantice el derecho de los padres y desarrolle acciones específicas, que asignen recursos financieros y edilicios que posibiliten su inclusión y participación en el cuidado de los hijos. Ejemplo de ello es un estudio realizado por Morais De Cassia Melao, en Brasil en 2012 quien pudo constatar que el cuidador que acompañaba al recién nacido hospitalizado tenía necesidades básicas y relacionadas con la infraestructura, tales como la alimentación, la higiene corporal y el aseo de la ropa, el descanso, etc. Y que el hecho de encontrarse estas necesidades cubiertas, favorecía su permanencia y participación. Estos resultados difieren con este estudio.

En 2012, Enderve y sus colaboradores, pudieron reconocer la importancia de los espacios físicos específicos destinados a los cuidadores como condición importante para la promoción de la atención centrada en la familia. Su estudio demostró que, si los padres se sentían cómodos, contenidos y respaldados por la institución, se tornaban protagonistas en el cuidado de sus hijos; así también lo expusieron en el año 2013, Pino y Cols. Muy por el contrario, en 2010, Olivera De Zousa y Ferreira, ya habían descubierto puntos de impedimento para la oferta de la asistencia humanizada como la falta de recursos materiales y humanos como condicionantes negativos de dicha inclusión.

De la distribución de los cuidadores según su vínculo con el recién nacido se puede afirmar que fue la madre la cuidadora que predominó (82%), valorándose un porcentaje bastante menor de padres (17%). Respecto de los resultados del vínculo de los cuidadores con el recién nacido hospitalizado, la madre sigue siendo la líder de expresión de afecto a cuyo cargo se encuentra la estabilidad, armonía, satisfacción de necesidades básicas, emocionales y nutricionales de los hijos; mientras que el padre es el instrumento de sostén y protección del sistema familiar y quien fija su posición social. Una investigación realizada por Gondim, (2009) coincide con los resultados, logró demostrar que fueron en su mayoría las madres las que acompañaron el tratamiento de sus hijos con parálisis cerebral y también quienes participaron de forma incipiente en su tratamiento y cuidado.

La edad de la población bajo estudio estuvo comprendida entre adolescentes y jóvenes (49%), continuando por jóvenes adultos en un 38%. En cuanto a su estado civil se encontraban casados (12%), mientras que la mayoría se mantuvo en situación de pareja con unión estable (68%). En relación con el nivel de instrucción: un 58%, no completó el nivel secundario de educación, mientras que el 14% sí lo hizo, al igual que el nivel primario. Respecto de la edad de los cuidadores y su nivel de participación, Aquino Barzola, en 2009, mostraba que los padres que se encontraban entre los 26 y 35 años de edad eran los que experimentaban con mayor frecuencia niveles de estrés grave relacionados con la hospitalización del hijo.

Referido al nivel de instrucción del cuidador y su participación, una investigación de Ballestas Cueto, H. y Col. en el año 2013, que quiso conocer a los cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad, destacó que la baja escolaridad del cuidador disminuía la posibilidad de comprender la situación del hijo y a las orientaciones que pudiera recibir con respecto a la participación en su cuidado.

Analizando la situación de pareja de los cuidadores, así como su nivel de instrucción, Aquino Barzola, (2009) mostró en su estudio que, en cuanto al estado civil, uno de los que sufría mayor nivel de estrés grave ante la internación de su recién nacido hospitalizado era el grupo de padres convivientes y con grado de instrucción secundaria.

Al considerar la distribución de los cuidadores que participaron en el cuidado, medido en horas por semana, se observó que el 30%, participó entre 15 y 28 horas, continuando con (26%) de 29 a 35. El resto lo hizo de manera alternada.

Estudios de los años 2010 y 2011 respectivamente, realizados por Tronco, Costa y Padilha, pudieron concluir que dicha participación incidía de forma positiva en la rápida recuperación del niño, además de preparar a los padres para un cuidado familiar en el domicilio potencialmente óptimo. En síntesis, en la medida en la que se reconocía al bebé como sujeto de relaciones disminuía su riesgo de morbi mortalidad.

En la distribución de registros de la participación de los cuidadores en el cuidado según el tipo de familia al que pertenecían se observó que sí participó (81%), mientras que el (19%) no lo hizo. Sin embargo, independientemente del tipo de familia del que se tratase, dicho fenómeno se reprodujo; es decir: fueron más los cuidadores que sí participaron que quienes no lo hicieron. De la participación

de los cuidadores y el tipo de familia al que pertenecen, la teoría define a la resiliencia familiar como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar equilibrando así sus recursos según las necesidades familiares. En 2014 un estudio de Marques Dos Santos, y Col., infirió que la internación desorganizaba la cotidianeidad familiar y demandaba la búsqueda constante de nuevas estrategias de afrontamiento y adaptabilidad. En 2011, Barros De Alburquenque, ya podía concluir que la reorganización familiar se producía tanto dentro como fuera de la institución hospitalaria. Estos resultados no fueron posibles de asociarse en este trabajo; sin embargo, los porcentajes son mayores en las familias nucleares.

Además, el estudio mostró que el (10%) de los padres y (70%) madres participaron en el cuidado de sus hijos. En un estudio de 2010, Braga Pinto, P. y Sena De Roseni, pudieron dejar en claro las formas de participación que las madres tenían en el cuidado de sus hijos. En Brasil en 2011, un informe de Da Silva Dittz, E. y sus colaboradores destacaron que la participación de la madre en el cuidado del hijo no se exploraba en su potencialidad. Sin embargo, una investigación argentina del mismo año de Nieto, R y Col., 2011, relataba las principales actividades que llevaban a cabo las madres que cuidaban a sus hijos en el servicio de neonatología: todas coinciden con lo encontrado en este estudio.

En 2011, estudios de Brito Bartarin, R. y Col. enunciaron que la pareja de padres se encontraba muy afectada emocionalmente mostrando en principio sentimientos de inseguridad, ansiedad y miedo que, posteriormente, se transformaban en seguridad, confianza, esperanza, fe y gratitud. Concluyendo finalmente Gallego Martínez, J. y Col. 2013, que, durante la hospitalización del hijo, los padres eran capaces de afrontar el sufrimiento. Éstos coinciden con los resultados de esta investigación en donde los no participantes en el cuidado (un 87%) refirió no hacerlo por el sufrimiento intenso devenido de la hospitalización del recién nacido.

En la distribución de registros de los cuidadores que no participaron en el cuidado por causas institucionales, el (82%) refirió la no inclusión de la familia como una causa de la institución que condicionó negativamente la participación de los cuidadores en el cuidado del niño hospitalizado, continuando por un 37% que lo atribuyó a la no promoción del contacto físico con el bebé. En el 2007 una investigación de Riani Llano, que indagaba sobre los momentos claves para humanizar el cuidado en la UTIN, pudo identificar problemas comunes que ocurrían en estos espacios y propuso el desafío de acciones que llevaran a la introspección profesional y el consiguiente cambio de actitud,

que deviniera en el empleo de dinámicas novedosas, con acciones específicas, que garantizaran una interacción más humanizada con la familia y redundara en efectos más positivos para el neonato. En 2011 en un estudio de Costa Padilla, ya se percibían construcciones y deconstrucciones acerca de la presencia de la familia en la UTIN. Éstas correspondían a “padre y madre sólo en el horario de visita”, “resistencia al nuevo saber”, “la familia es fundamental” y “las leyes y políticas de salud van evolucionando”. Resultaba, desde entonces, fundamental establecer una relación de “par” en lo cotidiano del cuidado a fin de compartir responsabilidades entre la familia y el equipo de salud. Sin embargo, Goretti Ramos Méndez en 2016 aún observaba carencias en el desarrollo del trabajo colaborativo con las madres de los niños hospitalizados, por debilidades en el proceso de negociación, tales como dificultad en la comunicación, falta de claridad en los roles y desequilibrio en la situación de poder percibido por las madres, que obstaculizaban su compromiso en la participación del cuidado del hijo. Parte de estos estudios acuerdan con los resultados en donde el 29%, manifestaron causas tales como el espacio físico incómodo, la incomunicación profesional con el cuidador, la no promoción de su permanencia en el servicio y las relaciones interpersonales conflictivas con los profesionales que brindaban asistencia. Esta investigación referida a este aspecto, mostró que el 22 y el 29%, manifestaron otras causas tales como el espacio físico incómodo, la incomunicación profesional con el cuidador, la no promoción de su permanencia en el servicio y las relaciones interpersonales conflictivas con los profesionales que brindaban asistencia.

Con relación a los resultados obtenidos de 68% que dijo que el miedo a la patología fue un condicionante. Dos investigaciones del año 2014 pudieron concluir que según lo que expuso Pedroso Rodríguez, en medio de la participación, los padres enfrentaron el desafío constante de existir en medio de dualismos y sentimientos encontrados, tales como salud y enfermedad, alegría y tristeza, aceptación de la enfermedad y resistencia, vida y muerte. Sin embargo, Barreto Mombach, y Col., agregaron que pese a todo ello la familia construyó 5 categorías: el afrontamiento, los sentimientos involucrados, los factores que lo dificultaban y facilitaban y la espiritualidad, habiendo sido cada familia única y necesitando de apoyo para un mejor afrontamiento del dolor del proceso. Por esto el segundo estudio sostuvo que era esencial desarrollar redes de soporte interdisciplinario, que proporcionaran a la unidad familiar cuidados de asistencia integral. Mesa y Gómez recomendaron, en 2020, la incorporación permanente de profesionales de la salud mental en los equipos interdisciplinarios de las UCIN y en los equipos de salud que atienden a los neonatos sosteniendo que es prioritario cuidar a quien cuida, es decir, velar por la salud emocional de la madre y tener en cuenta el tipo de representación de la interacción que gesta con el niño, a fin de identificar e intervenir oportunamente en las díadas de alto riesgo.

A su vez, en este estudio un 55% manifestó el cuidado de otros hijos como una limitante, mientras que el 42% consideraron a la terapia y al sentimiento de incapacidad para cuidar de su hijo, como motivos personales que influían negativamente en su participación. Cabe destacar, sin embargo, que los sistemas familiares se reorganizan y resultan resilientes pudiendo, pese a las condiciones negativas, participar en el cuidado del bebé ante el golpe inesperado que les supone su internación. Según la teoría, estas familias atraviesan un primer momento de desorganización caracterizado por conflictos incrementales, búsqueda de formas de afrontamiento y una atmosfera de confusión, enojo y resentimiento. El segundo período es de recuperación, donde se descubren nuevos medios de ajuste y un último momento re-organizacional, donde la familia se reconstruye hasta o por sobre el nivel de funcionamiento anterior a la crisis.

Conclusiones

El perfil socio demográfico de la población bajo estudio se conformó por familias de tipo nuclear predominando las madres, adolescentes y jóvenes, su estado civil en parejas de unión estable y con nivel secundario de educación siendo amas de casa su condición laboral.

Pese a los condicionantes negativos expresados, tanto institucionales como personales, fue mayor la población estudiada que participó del cuidado del bebé y su investigación se llevó a cabo entre 3 y 5 horarios diurnos.

Los principales factores que influyen en la no participación son el sufrimiento por la enfermedad del neonato, el miedo a la patología y la incapacidad de sentirse que pueden cuidarlo.

Se sugiere revisar y reelaborar protocolos de intervención del equipo de salud en el abordaje al paciente y su familia a fin de crear una red de apoyo con cambios de actitud que atenúen los causales negativos y potencien la capacidad de resiliencia en los padres y de recuperación en el niño.

Referencias bibliográficas

• Aquino Barzola, E R. (2009) *Nivel de estrés que experimentan los padres al hospitalizar a su niño lactante en el Servicio de Neurocirugía en el Instituto Nacional de Salud del Niño Enero - Junio del 2009*. Trabajos de investigación Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina Humana. Escuela de Post-Grado http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4194/Aquino_Barzola_Edith_Rosana_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ballestas Cueto, H. Lopez Ortega, E. Bustillo Meza, R. Palencia Suarez, K. Ramos Polo, D. Montalvo Prieto, A. (2013). *Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad*. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3969/3372>

- Barreto Mombach, T S; Sakamoto Moraes, V T; Magagnin, J S; Coelho Fernandes, D; Waterkemper, R; Canabarro Travi, S. (2016). *Experiencia de padres de niños con cardiopatías congénitas: sentimientos y obstáculos*. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/2625/2012>

- Barros De Albuquerque, D. (2011). *A reorganização da Família durante a hospitalização da criança: contribuição para a enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro. http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_DamarizBarros-DeAlbuquerque.pdf

- Braga Pinto, P; Sena De Roseni, R. (2011). *Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027973016.pdf>

- Brito Bartarin, R C; Pinheiros Sousa, A; Soares Abate De Lara, M; Pereira Dos Santos R; Morette, M C. (2011). *Significado da hospitalização para os pais de crianças internadas em unidade de terapia intensiva pediátrica*. Revista Enfermería (São Paulo). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-796689>

- Caruso A. y Mikulic I. M. (2012). *El estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatal: traducción y adaptación de la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit*. Anuario de Investigaciones. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139948040.pdf>

- Costa, R; Padilha, M. I. (2011). *A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido*. Revista Gaúcha de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200006>

- Da Silva Dittz, E; De Sena, R R; Motta, J A C. Dittz Duarte, E. (2011). *Cuidado Materno ao Recem- Nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Possibilidades e Desafios*. Ciencia y Enfermería. <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441806006.pdf>

- Erdeve, O; Kanmas, G; Dilmen, U. (2012). *Implementación de habitaciones individuales en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Salud (i) Ciencia. <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/124728>

- Gallegos Martínez, J; Reyes Hernández, J; Scochi, C G S. (2013). *El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal*. Revista Latinoamericana de enfermería. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XFVHXtcNW48JmKcnfPVgHrq/?lang=es&format=pdf>
- Gómez, E.; Kotliarenco, M A. (2010). *Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas*. Revista de Psicología <https://www.redalyc.org/pdf/264/26416966005.pdf>
- Gondim, K; Pinheiro Da Costa, P N; Carvalho De Figureido. (2009). *Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral*. Rev Rene. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027968016>
- Goreti Ramos-Mendez, M; Rodrigues Araujo, B; Pereira Martins, M. (2016). *Trabajo en equipo y negociación con la familia en Pediatría*. Enfermería Clínica. <https://core.ac.uk/download/pdf/55642667.pdf>
- Harillo Acevedo D, Rico Becerra JI, Y López Martínez A. (2017). *La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura*. Enfermería Global. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00577.pdf>
- López Mirón JA. (2018). *Calidad percibida de Los Cuidados Centrados en el Desarrollo de padres de niños prematuros en una unidad neonatal*. Nure Inv. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/77/68>
- Marques Dos Santos, L; Valois Rocha, H; Santos Da Silva, S S B; Carvalho Souza De Santana, E; Santana Castelo De Branco, R; Sampaio Da Silva, Sh. (2014). *Aplicabilidade de modelo teórico a famílias de crianças com doença crônica em cuidados intensivos*. Revista Brasileira de Enfermagem. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140024>
- Mesa, A M. Gómez, A C. (2020). *El diálogo imaginario de las madres con sus bebés prematuros*. Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv. <http://revista-taumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/4011/1034>
- Montes Bueno, M T; Quiroga, A; Rodríguez, S; Sola, A. (2013). *Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar*. An. pediater. <https://www.analesdepediatria.org/es-acceso-familias-unidades-internacion-neonatologia-articulo-S1695403315003343>

• Nieto R; Solano C; Oviedo A; Pozas L; Leon M, Velazquez G; Álvarez Jc; Gomez M; Salvatierra S; Arce G; Espindola L; Miranda D; Garrido M Y Campos V. (2011). *Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de maternidad centrada en la Familia*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91222481001>

• Olivera De Souza, K M; Ferreira, S D. (2010). *Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde*. Ciênc. saúde coletiva. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/1767/1/Assist%C3%AAncia%20humanizada%20em%20UTI%20neonatal%20-%20os%20sentidos.pdf>

• Pedroso Rodríguez, M L. (2014). *Compreensões de famílias de crianças hospitalizadas vivendo com doenças crônicas: trajetórias de cuidado*. Porto Alegre. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115441/000956161.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

• Pino A, P. Monasterio O, C. Cox M, A. (2013). *Diseño de un espacio de acogida como estrategia de cuidados avanzados en enfermería en un servicio de pediatría*. Medwave. <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Junio2013/PDF/medwave.2013.05.5708.pdf>

• Riani-Llano, R. (2007). *Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal*. Persona y bioética. <https://personay-bioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/948/1027>

• Semenova Moratto Vásquez, N; Zapata Posada, J. J; Messager, T. (2015). *Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015*. CES Psicología. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>

• UNICEF. Ministerio De Salud De La Nación. Fundación Neonatológica. *Maternidad Sarda. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural conceptualización e implementación del modelo*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Maternidad%20segura%20y%20centrada%20en%20la%20Familia%20UNICEF.pdf>

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESTADO DE ARTE DE CONCEPTOS SOBRE CUIDADO DE ENFERMERÍA (2016-2020). EN FUNCIÓN DEL MODELO CRÍTICO

SYSTEMATIC REVIEW OF THE STATE OF THE ART OF CONCEPTS ABOUT NURSING CARE IN TERMS OF THE CRITICAL MODEL (2016-2020)

REVISÃO SISTEMÁTICA DO ESTADO DA ARTE DOS CONCEITOS DE ATENÇÃO À ENFERMAGEM (2016-2020). DEPENDENDO DO MODELO CRÍTICO

Autores: Olivares Emilce¹; Catalini Silvia²; Torres Julio³; Delgado G. Alejandra⁴; Lenis-López Jesús Aarón⁵

Resumen

Introducción Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevos para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de esta disciplina. El modelo vincula el mundo abstracto con el mundo concreto; por esto un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia al cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la enfermería. El presente estudio tuvo como **objetivos** evaluar sobre el estado del arte de las teorías, modelos y conceptos sobre el cuidado de enfermería mediante la realización de una revisión sistémica de investigaciones sobre la temática publicados a nivel nacional e internacional entre 2016-2020 en bases de datos. **Metodología** Revisión sistemática realizada en las bases de datos PubMed, Scielo, Cuiden, ScienceDirect, Lilcas, Dialnet y LA Referencia. **Resultados** Se relevaron en total 1.100 casos resultando 26 investigaciones, 6 tesis y 20 artículos. El país que más investigó (Brasil) año 2018. Investigación participante utilizando teoría crítica, las cuales permiten nuevas formas de cuidado razonado, crítico, pertinente y holístico. **Conclusión** se establecen relaciones equitativas que rompen con estructuras generadas por cualquier tipo de poder. Hay un claro interés por comprender la construcción de ésta y su relación con la cultura, la historia y lo social. Lo que ha derivado en investigaciones de corte cualitativo con clara delimitación de transformación en el terreno social.

Palabras Clave: atención de enfermería, teoría de enfermería, revisión sistemática, investigación acción participante.

1. Lic. en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Enfermería. Cátedra de Salud Mental. Contacto: emiolivares@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-0755-6906>

2. Lic en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Enfermería. Cátedra de Salud Mental. Contacto: silvia.catalini@mi.unc.edu.ar - <http://orcid.org/0000-0003-3907-7235>

3. Lic. en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Enfermería. Cátedra de Salud Mental. Contacto: J_to_2@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-6913-4408>

4. Lic. en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Enfermería. Cátedra de Salud Mental. Contacto: aledg28@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-9391-5645>

5. Técnico en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Enfermería. Cátedra de Salud Mental. Contacto: lenisjesus01@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-9531-2741>

Summary

Introduction Theories and conceptual models are not new at all in nursing; they have been present ever since Nightingale posited her ideas on nursing for the first time in 1859. Since the model links the abstract world with the concrete world, a model of nursing care consists in building knowledge that fosters a distinct and specific way of caring, aiding the care provided to a human being. Simultaneously, the model promotes the understanding and development of nursing. The present study was aimed at evaluating the state of the art of theories, models and concepts related to nursing care. The **objective** of this research was evaluating, by means of a systematic review, the state of the art of nursing care theories, models and concepts which have been published at a national and international level between 2016 and 2020 in different databases. **Methodology:** A systematic review of PubMed, Scielo, Cuiden, ScienceDirect, Lilcas, Dialnet and LA Referencia databases was carried out. **Results:** A total of 1100 cases were found, resulting in 26 studies, 6 thesis and 20 articles. The country which researched the most was Brazil in the year 2018. Participatory research methods were used in tandem with critical theory resulting in new ways of reasoned, critical, proper and holistic care. **Conclusion:** Equitable relations which go against power generated structures are established. There is a clear interest in understanding the construction of nursing and its links to culture, history and the social sphere. This interest has yielded qualitative research with clear delimitation of the transformation in the social field.

Key words: Nursing care. Nursing theory. Systematic review. Participatory action research.

Resumo

Introdução Teorias e modelos conceituais não são realmente novos para a enfermagem; eles existem desde que Nightingale, em 1859, propôs pela primeira vez suas idéias sobre enfermagem. O modelo vincula o mundo abstrato com o mundo concreto, por isso um modelo de cuidado nos remete à construção de um conhecimento que favoreça um cuidado diferenciado e específico, que auxilie no cuidado prestado ao ser humano. Ao mesmo tempo, promove o conhecimento e o desenvolvimento da própria enfermagem. O presente estudo teve como objetivo avaliar o estado da arte das teorias, modelos e conceitos sobre o cuidado de enfermagem. O **objetivo** desta pesquisa foi avaliar por meio de uma revisão sistêmica o estado da arte de teorias, modelos, conceitos e cuidados de enfermagem publicados nacional e internacionalmente entre 2016-2020 em bases de dados. **Metodologia** Revisão sistemática realizada nas bases de dados PubMed, Scielo, Cuiden, ScienceDirect, Lilcas, Dialnet e LA Reference. Resultados Foram levantados 1100 casos, resultando em 26 investigações, 6 teses e 20 artigos. O país que mais pesquisou (Brasil) em 2018. Pesquisa participante utilizando a teoria crítica, que permite novas formas de cuidado fundamentado, crítico, pertinente e holístico. **Conclusão** São estabelecidas relações equitativas que rompem com as estruturas geradas por qualquer tipo de poder. Há um claro interesse em compreender sua construção e sua relação com a cultura, a história e a sociedade. Isso levou a pesquisas qualitativas com uma delimitação clara da transformação no campo social.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, teoria de enfermagem, revisão sistemática, pesquisa-ação participante.

Introducción

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de esta disciplina. El modelo vincula el mundo abstracto con el mundo concreto; por esto un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia al cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la enfermería.

Es importante prestar atención a estas prácticas ya que las teorías que trabajaron nos ponen frente a formas de vivir y de estar en relación con otros, de habitar en el mundo, que es esencial en la vida de todos y en la de cada persona a la que ayudamos en su cuidado.

Como antecedente se ha utilizado la investigación bibliográfica sobre cuidados, teorías y modelos, que los enfermeros investigan en nuestro país, Latino América y el mundo realizando la búsqueda sobre las variables, cuidados, cuidados de enfermería, modelo crítico en enfermería, sistematización de la práctica, investigación acción, investigación participante y encontrando investigaciones en América latina (Brasil, Colombia, Guatemala, Perú) - y en países europeos. Se observa que las enfermeras trabajan sobre las prácticas transformando el cuidado el cual es una acción tan simple como preocuparse de algo o de alguien. Mirando desde la teoría de Paulo Freyre, donde se da lugar a lo que el hombre piensa, siente (Paes Da Silva, 2002), la práctica se realimenta y por refinamiento metodológico, se convierte en autónoma y creativa (Fawcett, 2005), ya que engloba otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha, la política filosófica institucional, entre otras. La dimensión ontológica y epistemológica del ser humano es un proceso que determina las acciones; el verdadero “estar-en-el-mundo” hace parte de nosotros como seres humanos que nos relacionamos, enfrentamos dificultades, conocemos el mundo, a nosotros mismos, nuestras posibilidades, necesidades y limitaciones. El acto de cuidar aparece con un significado para el ser humano, que puede clasificarlo de acuerdo con su manera de vivir (Barbosa de Pinho y Azevedo dos Santos, 2006).

Las publicaciones encontradas dan cuenta de que las/los enfermeras/os transitamos poco en este modelo de abordaje quizás sea por falta de tiempo, ya que son investigaciones que demandan más de un año y deben estar sostenidas económicamente en el tiempo.

Con esta investigación esperamos que la/el profesional de Enfermería pueda ver lo importante que es la transformación de la práctica del cuidado basándose en referentes conceptuales, críticos y, en un futuro, construir teorías críticas latinoamericanas con referentes propios de la disciplina.

El objetivo que persiguió esta investigación fue evaluar a través de una revisión sistemática el estado de arte de teorías, modelos, conceptos, cuidados de enfermería que se hayan publicado a nivel nacional e internacional entre 2016-2020 en bases de datos.

Metodología

Se seleccionó la revisión sistemática como método para lograr el objetivo del estudio ya que posibilita la búsqueda estructurada, evaluación crítica, síntesis y análisis de toda la evidencia disponible en relación con un tema específico (Mendes, Silveira y Galvão, 2008) y más concretamente sobre el tema de estudio que es la atención de enfermería desde el modelo crítico.

La búsqueda de los artículos se realizó en las bases de datos PubMed, Scielo, Cuiden, ScienceDirect, Lilcas y Dialnet, mientras que la de tesis de maestría y doctorados fue realizada en la base de datos “La Referencia”. Ambas fueron revisadas por cinco investigadores, tres de los cuales revisaron de forma independiente y cada uno de los otros dos integrantes revisaron dos bases de datos. La selección de artículos y tesis fue concluida en los meses de abril y mayo del 2021.

La estrategia de búsqueda adoptada consistió en la utilización de palabras claves o descriptores tanto en español como en inglés, conectados por intermedio de operadores booleanos; éstas fueron: Atención de Enfermería, Sistematización de la práctica, Investigación participante, Investigación acción, Salud colectiva y Teoría de enfermería.

Los criterios de inclusión adoptados para la selección fueron:

- Artículos o tesis que presentan cuidados de enfermería desde el modelo crítico.
- Artículos o tesis publicados en el período comprendido entre 2016 y 2020.

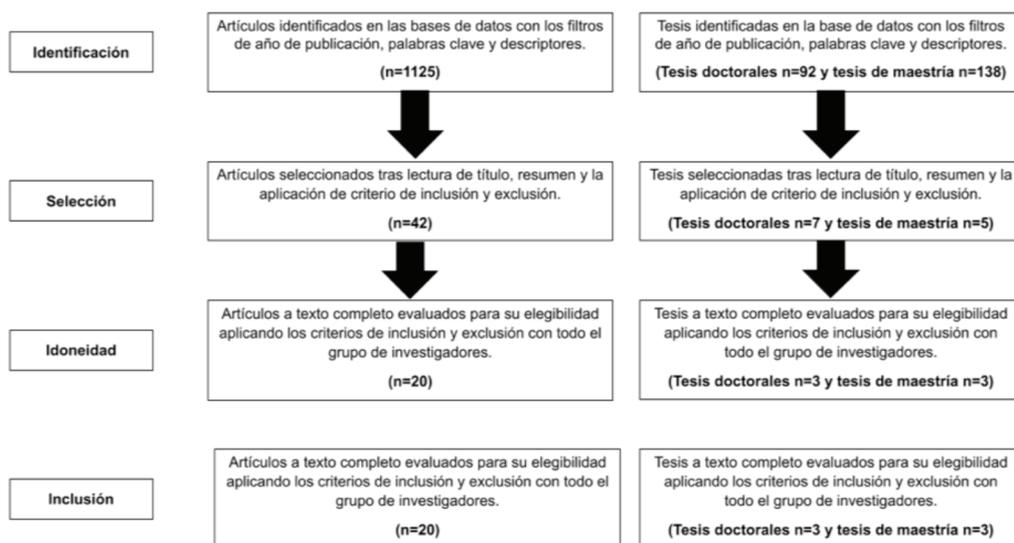
Los criterios de exclusión considerados para la selección fueron:

- Artículos o tesis que presentan cuidados de enfermería desde el modelo crítico en el ámbito académico.

- Artículos o tesis que presentan cuidados críticos.
- Artículos o tesis sin texto completo.

Todo el proceso de selección de artículos y tesis fue realizado en base a una adaptación del modelo PRISMA (Figura 1). Aquellas publicaciones seleccionadas fueron volcadas en una Tabla matriz de Excel; la presentación de los datos se realizará mediante gráficos y comentarios. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva.

Figura 1
Diagrama de flujo para la selección de artículos y tesis para la revisión sistemática - Argentina, 2021.



Nota: fuente adaptado del modelo PRISMA.

Resultados

Las estrategias iniciales de búsqueda identificaron un total de 1.100 casos, los cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme a los objetivos de la revisión resultando 26 investigaciones, 6 tesis y 20 artículos, pudiendo acceder a los textos completos. El tipo de investigación desarrollada fue: 60% investigación participante; 33% de investigación acción y un 7 % de sistematización de la práctica (Tabla 1). La base teórica predominante es la constituida por Paulo Freyre, Leininger y Watson. El año que más se investigó fue 2018 con un total de 46%; el 2020 con 19%; 2016 con 15%; 2017 con 12% y por último el 2019 con un 8% (Tabla 2).

Tabla 1*Tipos de Investigaciones de la revisión sistemática – Argentina, 2021.*

Año	F	%
Investigación participante	16	61%
Investigación acción	9	35%
Sistematización de la practica	1	4%
Total	26	100%

Nota: fuente elaboración propia a partir de la revisión.**Tabla 2***Año de publicación de las Investigaciones de la revisión sistemática – Argentina, 2021.*

Año	F	%
2016	4	15%
2017	3	12%
2018	12	46%
2019	2	8%
2020	5	19%
Total	26	100%

Nota: fuente elaboración propia a partir de la revisión.

Lo que más se destaca es la transformación de las prácticas en relación con la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas a través de la promoción, de la percepción de apoyo social en personas con discapacidad, de la construcción de armonía en comunidad desde prácticas ancestrales y de experiencias de padres e infantes en un compromiso continuo de respeto.

Teniendo en cuenta el contexto en relación con el año que mayormente se investigó (2018), el panorama social latinoamericano analizaba temas cruciales para entender y actuar ante los desafíos estructurales que enfrentaban América Latina y el Caribe en la coyuntura económica y social, especialmente en el marco de las transformaciones en curso en los mercados de trabajo. Se utilizaron nuevas metodologías para estimar la pobreza monetaria en la región, así como nuevas mediciones sobre desigualdad funcional, gasto social y doble inclusión laboral y social.

Las investigaciones fueron realizadas en Brasil (31%); Colombia (23%); España (11%); Irlanda (11%); Australia (4%); Guatemala (4%); India (4%); Indonesia (4%); México (4%) y Perú (4%) (Tabla 3). En el país que más investigó (Brasil), se observa a nivel político la lucha contra la corrupción, año en que la ya célebre operación judicial “Lava Jato” entra en su cuarto año coincidiendo con elecciones presidenciales, parlamentarias y regionales, el expresidente Luis Ignacio Lula da Silva, fue condenado a 9 años de prisión y espera el fallo de su apelación el próximo 24 de enero.

Tabla 3

Lugar donde se realizaron las investigaciones de la revisión sistemática – Argentina, 2021.

Lugar de realización de la investigación	F	%
Brasil	8	31%
Colombia	6	23%
España	3	11%
Irlanda	3	11%
Australia	1	4%
Guatemala	1	4%
India	1	4%
Indonesia	1	4%
México	1	4%
Perú	1	4%
Total	26	100%

Nota: fuente elaboración propia a partir de la revisión.

Es importante resaltar que frente a los datos mostrados en la investigación bibliográfica sobre cuidados, teoría y modelos críticos sobre los cuales investigan los enfermeros, en nuestro país no arrojaron resultados como en Brasil, que es donde mayormente predomina la investigación participante teniendo en cuenta el modelo crítico desde Paulo Freire el cual discute la posibilidad de cambios en las prácticas de enfermería por medio del cuidado crítico y creativo y propone la educación en salud como instrumento para ello (Freire, 2004).

Otro dato importante es que no se encontraron investigaciones sobre teorías o modelos de cuidado en enfermería desde el modelo crítico.

Se considera importante seguir trabajando y profundizar en nuestras prácticas desde este modelo; es necesario que asumamos un nuevo rol social, por esto

la propuesta de Paulo Freire es más adecuada por su educación problematizadora, democrática, al visualizar al ser humano como ser histórico, sumergido en condiciones espaciotemporales, reflejando formas críticas sobre su existencia, con capacidad de transformar y buscar ser más libre.

Discusión

En la actualidad y teniendo en cuenta el contexto político, ideológico y social, los profesionales de enfermería deben desarrollar habilidades de razonamiento crítico para resolver situaciones cotidianas y de emergencia; saber enfrentar crisis; asignar recursos ante conflictos armados, afrontar pandemias y eso exige preparación, conocimiento de gran alcance.

Por lo expuesto anteriormente, se requiere un interés genuino por fenómenos, de lo cual se exige una construcción teórica, la cual será abordada desde diferentes perspectivas, según cada teorista, dará distintas visiones del ser, el saber y quehacer de Enfermería. En definitiva, definir esas premisas no le otorga identidad, que se construye a partir de experiencias de una práctica reflexiva y defensora de su rol protagónico como cuidador/a (Caballero, 2016).

Las teorías y modelos de enfermería para la gestión del cuidado se han basado en el empirismo, lo cual le ha otorgado un cierto avance científico al lograr refutar, verificar, justificar, predecir un fenómeno en la práctica clínica. Ha permitido, a su vez, un razonamiento clínico que explica lo que le sucede al otro. La ausencia de reflexión en el acto de cuidado con otro(s) no permite la transformación de las prácticas del cuidado.

El conocimiento enfermero puede transmutarse, transformarse y rectificarse en base a sustentos teóricos, epistemológicos y ontológicos. Ellos guiarán la práctica de cuidado para que sea pertinente, segura, reflexiva y crítica. En la cotidianeidad de los ámbitos de ejercicio profesional esa práctica reflexiva debe ser constante.

Los aportes del paradigma interpretativo a la disciplina de Enfermería han sido tomados desde la ciencia de la filosofía, sociología y antropología, en el cual los supuestos ontológicos, describen una realidad compleja, holística y determinado por el contexto. (Irigibel-Uriz, 2010).

En base a las afirmaciones del paradigma interpretativo, ha sido demostrada una evolución ascendente, al someter su práctica profesional a un proceso de indagación constante, de reflexión profunda, de realidades múltiples, de encuentro

con los otros, en busca de reconstruir la acción de cuidar desde una perspectiva de cambio. Esas concepciones han sido impulsadas por teóricas como: un cuidado transpersonal planteada por Jean Watson (Izquierdo Machín, 2015) y la práctica del cuidado desde una presencia verdadera, de la teoría del desarrollo humano de Rose Marie Rizzo Parse (Acebedo-Urdiales et al., 2007).

La referencia hallada sobre el estado del arte del cuidado se encuentra según Joy L. Johnson (como se citó en Rodríguez et al., 2017) ligada y expresada en la práctica cuando hay una interacción con el “otro” y cuando se comprende el significado de esa interacción, esas conexiones reveladoras con la persona permiten el nacimiento de una relación auténtica; esta concepción destaca la importancia de la individualización de los cuidados, como una forma de reconocer la dignidad, unicidad e identidad humanas. (Según Rodríguez et al. 2017).

Dentro de la concepción de Johnson, se pone de manifiesto el arte como actividad práctica mediante la relación genuina en el encuentro con el otro; asimismo, denota la expresión del arte como acción sensible cuando reconoce la subjetividad de la persona y su espiritualidad, percibiéndola como un ser único y digno que se concreta en una relación de alteridad. (p. 126).

En tanto, Watson refiere al arte del cuidado como la capacidad para la escucha intencional, mirada atenta, comunicación afectiva; propone cuidar desde una visión integral de mente-cuerpo-espíritu que constituye la base de la acción de enfermería (Izquierdo Machín, 2015).

Rivera S. (como se citó en Rodríguez et al., 2017) expresa al arte del cuidado como un acto de conciencia en donde la enfermera debe querer cuidar a la persona; también en donde desarrolla autoconocimiento y se reconoce a sí misma en los procesos de transformación y cambio, comprende la experiencia total del otro y lo acompaña en la transición; se explica el arte como el deseo de conocer, el compromiso, la voluntad y la libertad como un proceso de concientización, en la actividad práctica se da la interacción yo-tú y en ella misma se integra la expresión simbólica particular y la comprensión de significados y ellos dan sentido al arte del cuidado.

De los anteriores conceptos, puede analizarse, que los profesionales de enfermería mediante el paradigma interpretativo indagan, traducen significaciones o representaciones que favorecen la comunicación con otros integrantes del sistema de salud obteniendo como resultado un discurso lleno de palabras vacías, sin significado.

Por ello, es menester propiciar el diálogo, ya que a través de éste surge la palabra verdadera que implica acción y reflexión en la que las personas logran estar en comunión.

Surge así, otro posicionamiento social frente a la realidad, la verdad emitida por ese otro, sobre sus significaciones, del entorno y de su historicidad.

Es aquí, la discusión, sobre si la intervención profesional queda reducida sólo a decodificar lenguajes empíricos, observables y formales que minimizan la actividad interpretante o, por lo contrario, si buscan comprender el significado centrado en el ser, su contexto y experiencias de vida. Esta elección de posicionarse en uno u otro paradigma es un proceso de tensión que genera desarrollo en la profesión (Gadotti et al., 2008).

Asumiendo la visión dialéctica, la comprensión del mundo natural, y esto llevado a nuestra disciplina, Enfermería, la esencia del cuidado es definida como la protección de una vida humana en su naturaleza. El objeto del conocimiento está en relación con la naturaleza, espacio, tiempo, que comparten las personas en sus diferentes contextos e historia. Se cuida la vida en un proceso dinámico. El centro es la reflexión sobre el cuidado humano (Lagoueyte Gómez, 2015).

Comprender es necesario para la reflexión sobre la vida cotidiana, la cual nos incluye en el respeto y libertad. El concepto de cuidado, de responsabilidad y autonomía hace que cada profesional de enfermería tenga en cuenta al individuo, familia y comunidad, su historicidad y contexto (Estrada Zapata, 2019).

La revisión sistemática realizada, dio cuenta de la articulación del cuidado donde la práctica es teoría en acción en intervenciones que logran transformar el cuidado en base al razonamiento crítico, con actividades que fomentan, estimulan y concentran la reflexión significativa, que facilitan una práctica de cuidado holística, dialéctica y emancipatoria en un contexto social determinado (Sánchez Rodríguez et al., 2017).

El escenario donde se realizó la transformación de la práctica fue el construido por las personas que lo requerían, y el investigado, pudiendo repensar sus prácticas, su contexto sociocultural, y sentar nuevas bases y oportunidad para resignificar el cuidado. Lograr describir las desigualdades sociales relacionadas con la salud y transformar, a partir de allí, modos de vida que le permitan afrontar los actuales desafíos de salud, lo cual se refleja en una mayor equidad (Estrada Zapata, 2019).

El pensamiento reflexivo-crítico en el abordaje disciplinar se refleja al aplicar estrategias educativas emancipadoras siguiendo la pedagogía de Paulo Freire. La evidencia de las prácticas de cuidado demuestra una estrecha relación con la teoría crítica mediante un abordaje con razonamiento crítico, científico, holístico y coherente con el ser y la forma *estar con otros*; el cuidado consiste en mantener y recuperar la dignidad en la totalidad de ese ser. Las intervenciones son planeadas *por, para y con el otro ser*. Las estrategias utilizadas son el uso de la palabra, su esencia y la relación intersubjetiva, produciendo espacios de emancipación y liberación tanto para la disciplina de enfermería como con la persona o grupos con las cuales interactúa (Sánchez Rodríguez et al., 2017).

El uso de la teoría crítica en Enfermería permite nuevas formas de cuidado razonado, crítico, pertinente y holístico. Se establecen relaciones equitativas que rompen con estructuras generadas por cualquier tipo de poder (Sánchez Rodríguez et al., 2017).

El desarrollo del pensamiento crítico, al cuestionar relaciones de poder, genera y transforma estereotipos, donde es posible incrementar la calidad de cuidados al otorgar autonomía y emancipación en el quehacer del interior de la profesión (Urrea, 2009).

Conclusiones

El objetivo de la investigación fue evaluar a través de una revisión sistemática el estado de arte de teorías, modelos, conceptos, cuidados de enfermería que se hayan publicado a nivel nacional e internacional entre 2016-2020 en bases de datos.

Las estrategias iniciales de búsqueda identificaron un total de 1100 casos, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme a los objetivos de la revisión resultando 26 investigaciones, 6 tesis y 20 artículos pudiéndose acceder a los textos completos. El tipo de investigación desarrollada fue: principalmente investigación participante. La base teórica predominante es la constituida por Paulo Freyre, Leininger y Watson. El año que más se investigó fue el 2018 y corresponde a Brasil ser el país que más publicó.

En los textos analizados lo que más se destaca es la transformación de las prácticas en relación con la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas a través de la promoción; de la percepción de apoyo social en personas con discapacidad; de la construcción de armonía en comunidad desde prácticas ancestrales y experiencias de padres e infantes en un compromiso continuo

de respeto. Enfatizando sobre los aportes de la teoría crítica en la transformación de las prácticas produciendo un cambio en la vida de las personas que intervienen. Enfermería, para dar respuesta a fenómenos de interés, requiere abordar una visión dialéctica de salud, desde una posición global, democrática del conocimiento de una realidad social y comunitaria. Esa realidad debe ser vivida y sentida como propia, tanto en práctica investigativa y asistencial para que logre unificarse como una filosofía del cuidado.

El concepto de cuidado ha ido transformándose según los paradigmas de pensamiento: en el positivismo, se identifica una práctica de cuidado basada en la racionalidad técnica; desde el paradigma crítico, el cuidado estético va hacia una práctica reflexiva.

La habilidad de reflexionar permite dominio de la autonomía de las personas que intervienen activamente en la resolución de problemas de la salud. En ese proceso la enfermera toma conciencia de sí y del otro, juntos planifican un cuidado de salud. Al utilizar pensamiento crítico, reflexivo en un marco científico se cuestionan las relaciones de poder transformando estereotipos, enriqueciendo la calidad de cuidados al ejercer ciudadanía, libertad y emancipación en el interior de la profesión.

Referencias bibliográficas

- Acebedo-Urdiales, S., Rodero-Sánchez, V., Vives-Relats, C. y Aguarón-García, M. J. (2007). *La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica*. Index de Enfermería. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es&tlng=es
- Arias-López, B. E. y Coral-Velásquez, L. A. (2017). *Investigar el cuidado comunitario de la vida a través de las artes plásticas. Una experiencia en contexto rural*. Rev Univ. Salud. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.71>
- Asri, Nuntaboot, K. & Festi Wiliyanarti, P. (2017). *Community social capital on fighting dengue fever in suburban Surabaya, Indonesia: A qualitative study*. International Journal of Nursing Sciences. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.10.003>
- Bankar, S., Collumbien, M., Das, M., Verma, R. K., Cislighi, B. & Heise, L. (2018). *Contesting restrictive mobility norms among female mentors implementing a sport-based programme for young girls in a Mumbai slum*. BMC Public Health. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5347-3>

- Barbosa de Pinho, L. y Azevedo dos Santos, S. M. (2006). *Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Index de Enfermería. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es&tlng=es

- Barreto-Zorza1, Y. M. y Velasquez-Gutierrez, V. F. (2016). *Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación acción participativa*. Revista De Salud Pública. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.43160>

- Barry, J., Monahan, C., Monahan, M., Murphy, R., Ferguson, S., Lee, K., Bennett, A., Patrick Gibbons, P. & Agnes Higgins, A. (2020). “*The Road We Travel*”: *Developing a Co Produced Narrative for a PhotoVoice Project*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1111/jpm.12709>

- Burns, E., Triandafilidis, Z. & Schmied, V. (2020). *Designing a model of breastfeeding support in Australia: An appreciative inquiry approach*. Health & Social Care in the Community. <https://doi.org/10.1111/hsc.12997>

- Cabal, E. V. E. (2016). *Enfermería como disciplina*. Revista Colombiana De Enfermería. <https://doi.org/10.18270/rce.v6i6.1436>

- Carrión Robles, T. (2015). *CUIDADORAS EN RED Intervención socioeducativa 2.0 y su efecto en la Promoción de la Salud y la Calidad de Vida de las personas cuidadoras familiares de mayores y dependientes* [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga] https://www.lareferencia.info/vufind/Record/ES_73c65c7d72081c8efee5972de744f7e1

- Caxaj, C. S. & Parroquia de San Miguel Ixtahuacan, K. Q. T. (2018). *A community-based intervention to build community harmony in an Indigenous Guatemalan Mining Town*. Global Public Health. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1427273>

- Estrada Zapata, K. (2019). *Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería*. Index de Enfermería. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962019000300009&lng=es&tlng=es

- Fabrini, V. C. N., Carvalho, B. G., Mendonça, F. de F. & Guariente, M. H. D. (2018). *Cuidado A Pessoas Com Tuberculose Privadas De Liberdade E A Educação Permanente Em Saúde*. Trabalho, Educação e Saúde. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00166>

- Farre, A. G. M. C., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., Gubert, F. A., Alves, M. D. S., & Monteiro, E. M. L. M. (2018). *Adolescent health promotion based on community-centered arts education*. Revista Brasileira de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0078>

- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evolution of nursing models and theories*. F. A. Davis Company.

- Freire, P. (2004) *Pedagogía da autonomia: Saberes necesarios à prática educativa*. Paz e Terra.

- Gadotti, M., Gomez, M. V., Mafra, J. y Fernandes de Alencar, A. (2008). *Paulo Freire Contribuciones para la pedagogía*. CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D1599.dir/gomez.pdf>

- García Romero, G., Ortega Fernández, E. y Armendáriz Ortega, A. M. (2016). *Educación y promoción para la salud de los adultos mayores: para una vida en movimiento*. Revista iberoamericana educación investigación Enfermería. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/193/educacion-y-promocion-para-la-salud-de-los-adultos-mayores-para-una-vida-en-movimiento/>

- González Rojo, E., Álvarez-Dardet, C., López Fernández, L. A. y Grupo de Trabajo de Salud Pública Orientada por los Determinantes Sociales de la Salud. (2017). *Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller*. Gac Sanit. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.003>

- Irigibel-Uriz, X. (2010). *Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria*. Index de Enfermería. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300009&lng=es&tlng=es

- Izquierdo Machín, E. (2015). *Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana*. Revista Cubana de Enfermería. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&tlng=es

- Lagoueyte Gómez, M. I. (2015). *El cuidado de enfermería a los grupos humanos*. Revista de la Universidad Industrial Santander. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278013.pdf>

• Leckey, Y., Hickey, G., Stokes, A. & McGilloway, S. (2019). *Parent and facilitator experiences of an intensive parent and infant programme delivered in routine community settings*. Primary Health Care Research & Development. <https://doi.org/10.1017/S146342361900029X>

• Maluche Sánchez, A. (2019). *Cuidados populares y evaluación de la percepción del apoyo social: binomio persona mayor y cuidadora familiar, Guapi-Cauca* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. https://www.la-referencia.info/vufind/Record/CO_72378c4f5bc4fb64540653fcb6a2d295

• Marqués, A. D. B., Branco, J. G. O., Cavalcante, J. B., Santos, L. M. D., Catrib, A. M. F. & Amorim, R. F. (2016). *Pesquisa-Ação Na Perspectiva Da Enfermagem Em Educação Ambiental: Da Teoria À Prática*. Rev enferm. <https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201628>

• McKinney, A., Fitzsimons, D., Blackwood, B., White, M. & McGaughey, J. (2020). *Co-design of a patient and family-initiated escalation of care intervention to detect and refer patient deterioration: Research protocol*. Journal of Advanced <https://doi.org/10.1111/jan.14365>

• Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. y Galvão, C. M. (2008). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

• Mincoff, R. C. L., Silva, P. Á., Lourenço, M. P., Nogueira, I. S. & Baldissera, V. D. A. (2018). *Diálogos sobre a imagem corporal de idosos: estratégia de empoderamento comunitário promotor da saúde*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933622>

• Molina-Betancura, J. C., Andrés A. Agudelo-Suárez, A. A. y Martínez-Herrera, E. (2020). *Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín*. Gac Sanit. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.012>

• Paes Da Silva, M. J. P. (2002). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais*. Loyola.

• Paixão, I. R., Soares, C. B., Carraschi de Oliveira, L., Cordeiro, L., Trapé, C. A. & Campos Sivali, C. M. (2018). *Drogas E Sociedade: Material De Apoio A Atividades Educativas Na Perspectiva Emancipatória*. Trabalho, Educação e Saúde. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108sol00129>

- Piedrahita Sandoval, L. E. (2019). *Comprensión de la relación que establecen los profesores, estudiantes y enfermeros asistenciales de la Escuela de enfermería de la Universidad del Valle, entre la teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería* [Tesis de doctorado, Universidad de San Buenaventura Colombia]. http://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_21a9685c2744f07359af3c2b921079ec

- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A. L., Ramírez, M., Ferro, N. y Alvarado, E. (2017). *Reflexión teórica sobre el arte del cuidado*. Enfermería Universitaria. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>

- Sánchez Rodríguez, J., Aguayo Cuevas, C. y Galdames Cabrera, L. (2017). *Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica*. Revista Cubana De Enfermería <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>

- Silva, M. B. F., Souza Barbosa, A., Moreira de Alencar, R., Miranda Pinto, F. R. & Ponte, K. M. A. (2018). *Nuances do cuidado sexual: o enfermeiro como multiplicador de saberes em ambiente escolar*. R. Interd. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763733>

- Souza, E. F. D., Soares, M. C., Santos, S. F. S., Paulo, T. R. S., Brandão, M. V. S. & Freitas Jr, I. F. (2018). *Constructing a logical model in school health: experience on the Lower Amazon region*. Rev Bras Enferm, 71(3), 1198-1202. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0389>

- Tibaduiza Mariño, O. Z. (2018). *Acciones Colectivas De Las Organizaciones Sociales Y Su Papel En La Construcción De Ciudades Seguras Para Las Mujeres Desde El Empoderamiento Individual Al Colectivo* [Tesis de maestría, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora Del Rosario]. https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_4aa37fec9118747c06d8bc7f4d591b59

- Urra, M. E. (2009). *Avance De La Enfermería Científica Y Su Relación Con La Disciplina*. Ciencia y enfermería. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200002>

- Vantil, F. C. S., Lima, E. F. A., Figueiredo, K. C., Massaroni, L., Sousa, A. I. & Primo CC. (2020). *Safety of patients with mental disorders: a collective construction of strategies*. Revista Brasileira de Enfermeria. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0905>

- Vilchez Reyes, M. A. (2015). *La Educación Dialógica Con La Madre Del Niño Con Problemas Nutricionales En Chimbote* 2014. [Tesis doctoral, Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote]. https://www.lareferencia.info/vu-find/Record/PE_84d2f85fb50fab3ab1320e93b8048ca5



MODELO
DE
INTERVENCIÓN

ELABORACIÓN COLECTIVA DE UN PROGRAMA DE ADAPTACIÓN Y ORIENTACIÓN AL ENFERMERO DE NUEVO INGRESO*

COLLECTIVE DEVELOPMENT OF AN ADAPTATION AND ORIENTATION PROGRAM FOR THE NEWCOMER NURSE

PREPARAÇÃO COLETIVA DE UM PROGRAMA DE ADAPTAÇÃO E ORIENTAÇÃO PARA RECÉM-ENFERMEIROS

Autores: Gustavo Corzo¹ y Susana Díaz²

Resumen

Introducción El recurso humano de cualquier organización cumple un papel para lograr los objetivos de la institución. Es por ello que se deben conjugar las necesidades de ésta, a los fines de lograr una integración beneficiosa para ambas partes. La inducción, debe hacerse en todas las actividades relacionadas con ellas. El presente proyecto de intervención tuvo como **objetivo** elaborar una herramienta para la inducción del personal de enfermería de reciente ingreso de la Dirección de Atención Primaria de Salud, desde marzo a mayo del año 2019, ya que previamente se había detectado la ausencia de algún tipo de programa relacionado. El **método** de trabajo fue establecido mediante la propuesta de equipos de trabajo/estudio. Para la elaboración de dicho programa de inducción se tomó en cuenta a los enfermeros de la zona 6 de D.A.P.S. quienes lo nutrieron con su participación y aportes. Como **resultado** se logró la elaboración de un programa de adaptación y orientación al enfermero de nuevo ingreso.

Palabras claves: Inducción, personal, programa.

*Trabajo final para acceder al título de postgrado de Especialidad en Administración y Gestión en Enfermería.

1. Especialista en Administración y Gestión de Enfermería. Dirección de Atención Primaria. Municipalidad de Córdoba. Contacto: nicolascorso@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-5014-4270>

2. Especialista en Administración y Gestión de Enfermería. Dirección de Atención Primaria. Municipalidad de Córdoba. Contacto: sdiaz65@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-0766-2472>

Summary

Introduction The Human Resources area of any kind of organization plays an important role in achieving the organization's objectives. Thus, the organization's needs must be compatible with the Human Resources' to achieve a beneficial integration for both parties. Induction must be conducted in all activities related to these parties. Since no related projects were found, the present intervention project was aimed at developing an induction tool for newcomer nurse staff belonging to the Primary Health Care Department (D.A.P.S. in Spanish) from March 2019 onwards. The work method consisted in proposing study teams. To develop this induction program, special attention was paid to D.A.P.S. zone 6 nurses, whose participation and contributions nurtured it. As a result, an adaptation and orientation program for the newcomer nurse was successfully developed.

Key words: Induction. Staff. Program.

Resumo

Introdução A área de Recursos Humanos de qualquer tipo de organização desempenha um papel importante no alcance dos objetivos da organização. Assim, as necessidades da organização devem ser compatíveis com os Recursos Humanos para alcançar uma integração benéfica para ambas as partes. A indução deve ser conduzida em todas as atividades relacionadas a essas partes. Uma vez que não foram encontrados projetos relacionados, o presente projeto de intervenção teve como objetivo desenvolver uma ferramenta de indução para funcionários de enfermagem recém-chegados pertencentes ao Departamento de Cuidados de Saúde Primários (D.A.P.S. em espanhol) a partir de março de 2019. O método de trabalho consistiu em propor equipes de estudo. Para desenvolver este programa de iniciação, foi dada atenção especial aos enfermeiros da zona 6 de D.A.P.S, cuja participação e contribuições o nutriram. Como resultado, um programa de adaptação e orientação para o enfermeiro recém-chegado foi desenvolvido com sucesso.

Palavras-chave: Indução. Funcionários. Programa.

Introducción

En el medio laboral es muy común encontrarnos con el ingreso de personas que llegan a las organizaciones y por diversas causas no reciben una adecuada capacitación básica que favorezca su integración rápida y efectiva en las empresas. Por ello es necesario que el personal de nuevo ingreso sea inducido en todo lo referente a la organización. En tal sentido Chirinos en el 2009 explica la inducción de personal, como: “un modo de adiestramiento que consiste en mostrar, enseñar e informar al trabajador que recién ingresa a la organización, con el fin de lograr su rápida adaptación al medio ambiente y su identificación con la organización”. De esta manera los trabajadores lograrían aportar lo mejor de sus capacidades desde el mismo momento en que inician sus labores.

En este sentido Chiavenato (2006- 2009) deduce que existen numerosas razones que dan importancia a la inducción, entre las cuales resaltan: 1) Permite reducir la ansiedad natural asociada con el proceso de ingreso o de adquisición de nuevas responsabilidades. 2) Da la oportunidad de orientar positivamente el interés y la voluntad de aprender a la persona que ingresa a la organización y ocupa un nuevo cargo o responsabilidades en ella. 3) Facilita una armonía entre necesidades individuales y condiciones que ofrece la empresa para satisfacerla. 4) Reduce la rotación con los ahorros de costos y de esfuerzos para los reemplazos. 5) Acelera el proceso de integración.

El presente informe consistirá en aportar datos que permitan generar aprendizajes transferibles para los nuevos ingresantes enfermeros. El trabajo se llevó a cabo en el espacio de Comunicación Inter Zonal (Com.In.Zo.) de la Zona N° 6 de la ciudad de Córdoba, Argentina, con el colectivo enfermero que se desempeña en dicha zona.

El informe contiene las actividades realizadas previas a la implementación del proyecto. Se presentan también detalles de los encuentros y avances de cada uno de ellos, el cual para su implementación consistió en reuniones mensuales. En este sentido, es importante destacar que el resultado final, es la elaboración de un Programa, que tiene como objeto establecer un marco teórico que logre ayudar en la resolución de situaciones complejas y permita promover la autonomía laboral de los individuos y el auto aprendizaje de las prácticas profesionales, jerarquizándolas.

Objetivo General

- Elaborar con los enfermeros de la Zona N° 6 una herramienta para la

inducción del personal de enfermería de reciente ingreso, de la Dirección de Atención Primaria de Salud, desde marzo a mayo del año 2019.

Objetivos Específicos

- Realizar encuentros mediante una herramienta inductiva del personal de reciente ingreso.
- Compartir colectivamente la comunicación sobre el producto a desarrollar.
- Conocer las acciones diarias de Enfermería por medio de la inducción.
- Generar acciones que promuevan el conocimiento sobre las herramientas organizativas de las D.A.P.S.
- Evaluar los resultados del proyecto.

Metodología de trabajo

La metodología implementada en este proyecto de intervención fue definida a través de la propuesta de grupos de trabajo/estudio, mediante reuniones de todos los participantes involucrados en la elaboración colectiva de una herramienta para la inducción del personal de enfermería de reciente ingreso.

Fase Inicial

En la primera etapa realizada en el mes de octubre del año 2018, se eligió como fuente de información el colectivo de enfermeros de la Zona N° 6, de la D.A.P.S de Córdoba, Argentina. y el espacio denominado Comunicación para la Integración Zonal (Com.In.Zo). A los participantes se les entregó una encuesta donde se presentaron varias propuestas para que de manera colectiva se eligiera una de ellas para realizar el Proyecto de Intervención. Posteriormente en el encuentro del mes de diciembre del mismo año, se procedió a presentar el tema elegido por los colegas que asistieron y realizaron la encuesta. Se presentaron notas dirigidas a los mandos medios, Equipos Zonales Interdisciplinarios (E.Z.I.) de la D.A.P.S., teniendo una breve reunión con la mayoría de ellos. Asimismo se envió nota a la Sub Directora y Jefa de División de Enfermería de la Institución solicitando autorización para ejecutar dicho proyecto.

Se participó de una reunión con los coordinadores del Proyecto Com. In.Zo., para establecer modalidad, tiempo y cómo se efectuaría la actividad planificada para la elaboración del proyecto de intervención. Es en esta instancia donde se acordó, cómo se llevarían a cabo los encuentros.

En el mes de marzo, se realizaron visitas a cada uno de los 17 Centros

de Salud correspondientes a la Zona N° 6 haciendo entrega individual de un escrito que contenía una breve presentación del proyecto. Se promovió la participación informando la importancia de su asistencia y enfatizando que dicho proyecto no podría ser elaborado sin su cooperación.

Fase de desarrollo

Primer encuentro programado

Se realizaron dos encuentros durante el mes de marzo, con distinto personal y cantidad de asistentes en cada uno manteniendo igual temática.

En el inicio, se coordinó la presentación de los colegas debido a la presencia de nuevos enfermeros en la zona.

Como segunda instancia se procedió a la presentación del proyecto haciendo reseña de cómo se escogió el tema a desarrollar, su modalidad, el tiempo en que se llevaría a cabo y la importancia de que el proyecto sólo se elaboraría de manera colectiva; no podría ser de otra manera. Por la dinámica institucional, en cada uno de los encuentros Com.In.Zo llevados a cabo durante el mes de marzo, el horario de inicio varió, pero el funcionamiento y el tiempo utilizado fue el mismo; de ahí que de 39 convocados, asistieron el 79%.

El encuentro se desarrolló en el tiempo previsto, generándose debates de suma importancia sobre el contenido del proyecto; se realizaron propuestas brindadas por el contexto en que el proyecto era presentado (D.A.P.S.). Como resultado de la evaluación de este encuentro se observó que algunos participantes propusieron cambiarle el nombre al programa, para que éste contuviese las prestaciones y funciones actuales que brinda la enfermería de Atención Primaria. Otras sugerencias fueron que, para los próximos encuentros, se elaborara un PowerPoint con lo trabajado en los dos ya realizados y difundirlo en el grupo de comunicación (WhatsApp) de enfermeros de la zona N°6.

En cuanto a la valoración del encuentro, la mayoría de los participantes lo definieron como participativo, acorde en cuanto al tiempo y que el material utilizado fue pertinente.

Segundo encuentro programado

En el mes de abril se realizaron dos encuentros con distintos grupos, por motivos institucionales. En el primero de ellos el número de colegas fue reducido

ya que de 21 convocados sólo asistieron 8; con el segundo grupo la asistencia fue mayor siendo que de 17 convocados, asistieron 15 colegas logrando una concurrencia del 76, 92 % consiguiendo así, en ambas reuniones, la participación de un 85% de los asistentes y generándose debates sobre toda la temática e intercambio de pensamientos y posturas muy enriquecedoras.

La modalidad en que se desarrollaron los encuentros fue la siguiente: se dividió en tres partes, basada en la sugerencia que realizaron por el método evaluativo del cónclave anterior haciendo referencia al PowerPoint que les fue enviado días antes de su concreción.

En la segunda parte se procedió a avanzar en la descripción del programa detallando los objetivos generales y específicos.

En la tercera parte se solicitó a los presentes describir por quién y cómo sería llevado a cabo el programa, no para desarrollarlo en este encuentro sino como propuesta para el próximo.

Se realizó nuevamente la encuesta evaluativa a los asistentes de estos encuentros utilizada en el primero de ellos, que arrojó los siguientes datos: el 100% respondió el sondeo; el 87,7 % dijo que el encuentro fue participativo; el 67% señaló que fue escaso el tiempo para desarrollar; el 82% mencionó que el material bibliográfico fue acorde; el 77% realizó sugerencias, algunas de las cuales fueron: Formar una comisión de inducción y luego de unos meses realizar una evaluación para generar mejoras en el programa; continuar en el tiempo la discusión del programa; definir si la implementación sería más conveniente de realizarse antes de la inserción del nuevo agente o cuando ya está trabajando (ejemplo: una semana sólo de inducción antes de ir al centro de salud); cada cuántos ingresantes se brindaría la inducción, si sería a cada uno o por semestre; proponer centros formadores, donde el ingresante inicie a trabajar; revisar material o programas de inducción de otras empresas de salud; proponer mayor tiempo para la realización.(Chirinos,2009).

Tercer encuentro programado

En el último cónclave la modalidad se dividió en tres partes, guiándose por la sugerencia que realizaron a partir del método evaluativo del primer encuentro.

Debido a que la confluencia fue variada y hubo colegas que no estuvieron presentes en algunos de los encuentros anteriores, se comenzó haciendo un

breve resumen y se procedió a la descripción y la presentación de los avances del programa realizados en las jornadas anteriores, hasta lo elaborado ese día, presentado por proyector, en formato Word.

Se continuó avanzando en la producción; se realizó un cuadro descriptivo que consignaba: cuáles debían ser los objetivos y las metas a alcanzar en cada uno de ellos; el quién y el cómo llevarían a cabo el programa.

Como segunda etapa de la reunión se procedió a formar un equipo de trabajo que sería el continuador de la elaboración del programa en los meses posteriores. Al grupo lo conformaron compañeros nuevos y también otros con antigüedad brindando mayor diversidad para lograr, de esta forma, alcanzar los objetivos propuestos. Asimismo, se decidieron fechas tentativas para la presentación de los avances generados y mantener como espacio para seguir compartiendo la información los próximos encuentros Com.In.zo. Se tomó también como fecha límite el mes de octubre del corriente año para finalizar el programa y ser presentado ante la división de Enfermería, E.Z.I., Dirección, etc.; para que lograr su institucionalización.

En la tercera etapa del encuentro se entregaron las evaluaciones para que cada colega pudiera expresar de forma anónima sus cuestionamientos, aportes y sugerencias al programa y a su autor y se procedió, luego de que terminaron, a la entrega de un presente a modo de agradecimiento por la participación, acompañamiento y compromiso con el proyecto.

En esta oportunidad también fueron 38 los compañeros convocados, de los cuales el 60,52% asistieron, siendo 6 de ellos que manifestaron no poder asistir por problemas personales o de salud.

De la encuesta que evaluó el encuentro, el 95% dijo que éste fue participativo; el 60,86 % señaló que el tiempo fue acorde mientras que el 69% expresó que el material utilizado fue adecuado y sólo el 43% realizó sugerencias.

Fase final

Evaluación ex post

Mediante el Modelo de Evaluación de Calidad Total se evaluó el proyecto y, de esta manera, se puede afirmar que el objetivo general trazado se concretó y así se logró mediante una producción participativa con los enfermeros de la Zona N° 6 producir una herramienta para la inducción del personal de enfermería

de reciente ingreso, de la Dirección de Atención Primaria de Salud, desde marzo a mayo del año 2019. Del mismo modo, los objetivos específicos fueron alcanzados. (De Cenzo, D. y Robbins, S., 2003).

El balance de la situación inicial y la final permite mostrar el resultado del trabajo colaborativo de los actores participantes. Se describió un documento que con los coordinadores del Com.In.Zo. de la Zona N° 6, en la revista zonal describiendo brevemente la propuesta como proyecto de intervención y lo elaborado hasta el último encuentro. Se entregó el informe escrito sobre las conclusiones finales a la Dirección de D.A.P.S., Jefes Zonales, Encargados Administrativos de la Zona N° 6 y a la División de Enfermería.

Experiencia adquirida

La reflexión individual fue la de rescatar la importancia de poder incorporar nuevas teorías y herramientas que se dieron desde el comienzo del proyecto: al haber tenido que buscar y leer permanentemente, brindaron mayor capacidad de estudio y firmeza teórica valorando la importancia de poder exponer no sólo desde la formación académica, sino también ampliando la perspectiva sobre los modelos de gestión que se pueden llevar a cabo referenciando la importancia de la organización y distintos modelos que mencionan la relevancia de llevar a cabo tres condiciones básicas: interés en aprender de la experiencia, sensibilidad para dejarla hablar por sí misma y la habilidad para hacer análisis y síntesis.

Como reflexión grupal se destaca la importancia de contar con un grupo de colegas dispuestos a elaborar nuevos proyectos que jerarquicen y mejoren nuestra profesión, la experiencia vivida por cada uno de ellos, la manera en que la expresaron y el aporte que realizaron al grupo para que éste continúe creciendo.

En cuanto a la reflexión institucional, permitió visualizar primeramente las innumerables posibilidades que tiene la Enfermería para continuar creciendo y desarrollarse dentro de sí misma, así como poder contar con espacios propios de la profesión son quizás baluartes que no deberíamos minimizar, ni mucho menos desperdiciar, tanto como el acompañamiento existente por parte de los mandos medios (siendo éstos enfermeros o no) y siendo la institución la que invita a generar nuevos proyectos debido a que carece de cuestiones básicas tales como protocolos, manuales, programas exclusivos de enfermería. (Servicio de Salud del Principado de Asturias–Seapa, 2010) (Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”. Departamento de enfermería, 2016).

Conclusiones y recomendaciones

Las profundas transformaciones acaecidas en los últimos años y las nuevas demandas sociales en los escenarios laborales y profesionales han conducido a visualizar si la filosofía del sistema sanitario respecto de los empleados es acertada o si requiere de un mayor esfuerzo. La inducción de personal se ha convertido en una de las grandes prioridades de los departamentos de recursos humanos. En consecuencia, es necesario que, desde la perspectiva institucional, se promuevan acciones dirigidas a la orientación, acompañamiento y apoyo de quienes ingresan a trabajar procurando contribuir al refuerzo de sus habilidades académicas.

Es en este marco que desde los enfermeros en la Zona N° 6 de D.A.P.S. surge el interés por incentivar el desarrollo de habilidades y actitudes de los nuevos ingresantes para que constituyan insumos para la futura conformación de las distintas competencias. Es parte de un proceso de formación y aprendizaje continuo para el desarrollo humano de las personas que componen la organización, para que puedan cumplir sus funciones adecuadamente y en sintonía con los objetivos generales de la institución.

Por ello resulta necesario que el personal de nuevo ingreso sea inducido en todo lo referente a la organización. En tal sentido Chiavenato, define la inducción como: “El primer paso para emplear a las personas de manera adecuada en las diversas actividades de la organización, pues se trata de posicionarlas en sus labores en la organización y clarificarles su papel y los objetivos...”

En este marco se resalta el interés que los colegas enfermeros de la Zona N° 6 pusieron para hacer el acompañamiento mes a mes brindando entusiasmo y empeño por realizar este proyecto, ya que es fundamental contar con una inducción adecuada, que permitirá al empleado familiarizarse no sólo con la organización sino también adaptarse a su nuevo trabajo.

Referencias bibliográficas

• Chiavenato, Idalberto (2006). *“Introducción a la Teoría General de la Administración”*. Tercera Edición. Editorial McGRAW-HILL / Interamericana S.A. p.142. Bogotá. Colombia.

• Chiavenato, Idalberto. (2009) *“Administración de Recursos Humanos”*. Novena Edición, Editorial McGRAW-HILL. Mejioco.

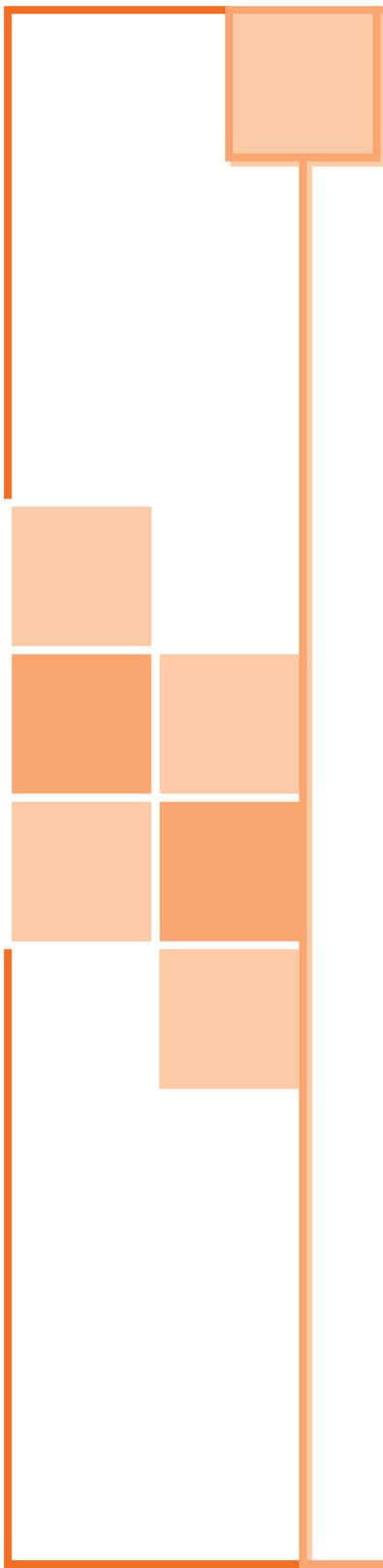
• Chirinos, Nilda. (2009). “*Guía-texto para la Selección de Personal*”. Segunda Edición. Dirección de Medios y Publicaciones. Universidad de Carabobo. Venezuela p. 12.

• De Cenzo, D. y Robbins, S. (2003). “*Administración de recursos humanos*”. Ed. Limusa. p. 223.

• Hospital Nacional de la Mujer. “*Dra. María Isabel Rodríguez*”. Departamento de enfermería. (2016). Manual de Procedimientos de Enfermería. 2016. San Salvador. El Salvador file:///D:/Users/usuario/Downloads/Manual_de_Procedimientos__Dpto._de_Enf._HNM_(1)%20(1).pdf

• Servicio de Salud del Principado de Asturias - Seapa (2010). “*Manual de Valoración de Patrones Funcionales*”. <https://dl-manual.com/doc/manual-valoracion-gordon-nov-2010pdf-7vkg79xjyyo5>

• Universidad de la República. Comisión Permanente de Procesos y Condiciones de Estudio, Trabajo y Medio Ambiente Laboral de la Universidad de la República (PCET-MALUR). Montevideo. Uruguay. (2011) “*Manual Básico En Salud, Seguridad Y Medio Ambiente de Trabajo*”. https://www.academia.edu/16521839/Manual_basico_en_salud_seguridad_y_medio_ambiente_de_trabajo



NORMAS
DE
PUBLICACIÓN



NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Las normas para publicación de trabajos en esta Revista están basadas en la traducción del documento “Requisitos uniformes para manuscritos presentados a revistas científicas” (**estilo APA**) de la Asociación Americana de Psicología.

Los manuscritos deberán ser enviados acompañados de una carta de solicitud de publicación, indicando dirección, teléfono/fax y e-mail para contacto con el/la (os/as) autor/a (es) (as) responsable (es), especifique la clasificación del tipo de artículo, y complete la declaración de exclusividad de destino del artículo a la Revista de Crear en Salud.

Correo electrónico de la Revista Crear en Salud:
revistacrear@enfermeria.fcm.unc.edu.ar

Serán aceptados manuscritos en **español, inglés y portugués**.

El Comité de Redacción asegura el anonimato de los(as) autores (as) en el proceso de evaluación por los dos consejeros designados, del Consejo Científico, como también es asegurada la reserva de identidad de los evaluadores que participan, permitiendo libertad en su evaluación.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de no aceptar los manuscritos o de sugerir evaluantes, modificaciones de estructura o contenido, que serán comunicados a él/los (as) autores (as). No serán admitidos agregados o alteraciones del texto, después del envío para su edición.

Los Autores de los manuscritos no aceptados para publicación serán notificados, para lo cual la justificativa de la no aceptación, será alcanzada a aquellos autores que la soliciten.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos resultantes de la investigación, o relato de experiencia vinculada a seres humanos, deberán indicar si los procedimientos desarrollados respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983). Actualizada 2013

Los Artículos presentados en eventos (congresos, simposios, seminarios, entre otros) serán aceptados mientras que no hayan sido publicados íntegramente

en anales y que tengan autorización, por escrito, de la entidad organizadora del evento, cuando las normas del evento así lo exigieran. Excepcionalmente serán aceptados manuscritos ya publicados en periódicos extranjeros, mientras que sean autorizados por el Comité Editorial del periódico, en que el manuscrito haya sido originalmente publicado.

Opiniones y conceptos emitidos en los artículos, así como la exactitud, adecuación y procedencia de las situaciones bibliográficas, son de exclusiva responsabilidad de los/as autores (as), no influyendo necesariamente la posición del Comité de Redacción.

Autores

El/los (as) autores (as) deberán presentar una declaración de responsabilidad y transferencia de derechos de autoría, en ocasión de envío del texto final del artículo después de atendidas las reformulaciones solicitadas por el Comité de Redacción.

- Se deberán registrar todos los autores/as en la plataforma Open Journal Systems (OJS) completando todos los datos solicitados
- En “**Institución**” en el OJS completar según **Resol. HCS-1125**
- El autor que posee un registro en ORCID (Registro Único de Investigadores) debe incluirlo en el OJS
- Todos los autores/as deben completar el ítem “Conflicto de interés” en el OJS
- También deberán completar el ítem Organismos Colaboradores
- Los artículos publicados serán de propiedad de la Revista, impidiendo cualquier reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación, impresa o electrónica, sin la previa autorización de la Revista

Categoría de los Artículos

La Revista clasificará los artículos de acuerdo con las siguientes secciones: editorial, artículos originales, modelos de intervención, ensayos o notas teóricas, relatos de experiencias, informes técnicos.

Artículos Originales: límite de 15 páginas. Son considerados dentro de esta sección: Informes de Investigación: relato de resultados de investigación concluidas.

Reflexión: presenta material de carácter opinativo y/o análisis de cuestiones que puedan contribuir para profundizar los temas relacionados al área del cuidado de salud y de la Enfermería a la que se destina la revista. El manuscrito debe presentárselo considerando los siguientes requisitos: -Título del artículo en inglés, español y portugués- Nombre completo de el / los (as) autores (as) digitado en espacio simple en el margen derecho de la página, indicando en nota a pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución a la cual el / los (as) autores (as) están vinculados. -Resumen: en español, inglés y portugués, destacando Introducción con objetivo, Método, Resultados, Discusión y Conclusiones, con límite de **300 palabras-Descriptor**s, palabras clave identificando el contenido del artículo, **de 3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptors en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la Bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado en introducción, metodología, resultados y discusión.

Tablas y Figuras (fotos, gráficos, dibujos y cuadros) deben ser enumeradas consecutivamente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes. Enumerar consecutivamente por el orden de citación en el texto: las citas directas, serán presentadas en el texto entre comillas, indicando el autor y el año - Notas de pie de página: restrictas al mínimo. Considerar Normas APA. Última edición.

Referencias bibliográficas: conforme estilo APA.

Modelo de Intervención: límite de 10 páginas. Espacio destinado a la divulgación de proyectos de intervención en salud.

Debe contener: -Título en inglés, portugués y español -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual está vinculado.-Referencia bibliográfica del modelo de intervención de acuerdo con el estilo “APA” -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del modelo de intervención) -Descriptors, palabras clave identificando el contenido del artículo, **de 3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas.

Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado en Introducción (donde se especifique en que consiste la intervención, a quien va dirigida, fundamentación, antecedentes), metodología, implementación, evaluación y referencias bibliográficas.

Relatos de Experiencias: límite de 10 páginas. 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.

Debe contener: -Título en inglés, español y portugués -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os) (as) -Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo "APA" -Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a) -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del proyecto de intervención) -Descriptores, palabras clave identificando el contenido del artículo, **de 3 a 5 "palabras clave"** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado en introducción, desarrollo, conclusión y referencias bibliográficas. 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: límite de 3 páginas. Espacio 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.

Debe contener: -Título en inglés, español y portugués -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os) (as) - Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo “APA” -Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a), -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del proyecto de intervención) -Descriptor, palabras clave identificando el contenido del artículo, **de 3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br> No se estipulan normas específicas en este caso, solo respetar normas generales.

Ensayos o Notas Teóricas: límite de 5 páginas. Espacio destinado a la divulgación 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. 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.

Debe contener: -Titulo en inglés, español y portugués -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os) (as) -Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo ”APA” -Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a), -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del proyecto de intervención) - Descriptor, palabras clave identificando el contenido del artículo, **de 3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado en introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas.

Aviso de derechos de autor/a

Aquellos autores/as que tengan publicaciones con esta revista, aceptan los términos siguientes:

a. Los autores/as conservarán sus derechos de autor y garantizarán a la revista el derecho de primera publicación de su obra, el cual estará simultáneamente sujeto a la Licencia de reconocimiento de Creative Commons que permite copiar, distribuir, exhibir e interpretar la obra siempre que no se haga con fines comerciales.

b. Los autores/as podrán adoptar otros acuerdos de licencia no exclusiva de distribución de la versión de la obra publicada (p. ej.: depositarla en un archivo telemático institucional o publicarla en un volumen monográfico) siempre que se indique la publicación inicial en esta revista.

c. Se permite y recomienda a los autores/as difundir su obra a través de Internet (p. ej.: en archivos telemáticos institucionales o en su página web) luego del proceso de publicación. (Véase el efecto del acceso abierto).

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

El Comité Editor se reserva el derecho de efectuar las correcciones ortotipográficas y de diseño que considere pertinentes.