



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



Universidad
Nacional
de Córdoba

2024 - AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Revista de la Escuela de Enfermería FCM UNC | Año 2024 | N° 22 | Noviembre | ISBN N° 978-631-00-0989-6 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 2024 | N° 22 | Noviembre

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

ISBN N° 978-631-00-0989-6 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 Daniel Pizzi, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas. Decano. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Patricia Paglini, 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.

Gabriela Colella - Revisión estadística.

Lic. Verónica López - Revisor de citación bibliográfica

Lic. Maximiliano Atmirón - Diseño editorial y maquetación

Laura Caballero - Traducción (Español-Portugués)

Mauricio Germán Vispo - Traducción (Español-Inglés)

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 Universidade 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, Magíster 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. Oaxaca, 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 7 IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA.

Página 19 CONOCIMIENTOS DE LOS BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL AYUNO PREQUIRURGICO.

Página 27 MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS DESCARTABLES.

Página 45 VIVENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PEDIÁTRICO.

Página 63 VIVENCIAS DE PADRES FRENTE AL DUELO PERINATAL.

Página 77 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Página 94 **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

EDITORIAL

Haciendo referencia al nombre de la revista crear en salud, el cual perdura a través del tiempo. quienes participan activamente en su construcción como así también, sus lectores se la considera como un valioso patrimonio cultural, dado que así lo demuestran sus documentos inéditos publicados. Los que da cuenta del quehacer intelectual dedicada a variadas temáticas de producción intelectual dando pie a la continuidad de posibles investigaciones, así mismo, y porque no pensar en el surgimiento de nuevas líneas de investigación que permitan trabajar desde diferentes ámbitos interdisciplinarios e interinstitucionales. Lo que favorecerá al cumplimiento de la función social de la Escuela de Enfermería, al vincularse con su entorno y plasmando el compromiso con la cultura y la educación de su comunidad.

El esfuerzo y la dedicación a múltiples funciones de obras de cultura, de los/las responsables directa de la Revista Crear en Salud, algunas veces se ven obligadas/os a enlentecer la producción y por ende su publicación, a pesar de ello, se sigue trabajando mancomunadamente y pensando en lo mejor para las/los lectores de la Revista y como siempre, a la espera de quienes desean publicar artículos científicos de personas y grupos de investigadores que confían en nuestra distinguida Revista Crear en Salud.

Raquel Espeche

INVESTIGACIONES



IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

NURSING'S SOCIAL IMAGE

IMAGEM SOCIAL DA ENFERMAGEM AUTORES

Autores: Ordoñez, Noelia¹; Espeche, Eliana² y Acosta, Marcos³

RESUMEN

La imagen profesional de enfermería se define como una red de representaciones sociales mediante un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones, se generan y son reproducidas las prácticas sociales internas - externas por medio de ideologías generadas en el ámbito de trabajo. Además, la imagen profesional se identifica, con la representación de la identidad profesional. **Objetivo** Analizar la imagen social de la enfermería de los estudiantes de las carreras de Ciencias de la Salud de una Universidad privada de Córdoba, Argentina año 2023. **Metodología:** estudio descriptivo, prospectivo transversal. El universo estuvo constituido por estudiantes de las carreras de medicina, odontología, licenciaturas en instrumentación quirúrgica, Psicología, nutrición y kinesiología. La fuente fue primaria, la técnica una encuesta auto administrada, el instrumento fue un cuestionario en línea, en forma voluntaria firmando un consentimiento informado, previa explicación del objetivo de la investigación. **Resultados y Discusión:** el 77% de las/os entrevistadas/os fueron de sexo femenino, cuyas edades el 38,75% fueron entre 18 y 25 años, el 49 % de los estudiantes cursaron la carrera de medicina e Instrumentación Quirúrgica, el 51 % de ellos pertenecieron a otras carreras de ciencias de la salud. Se observó que la Imagen social de la enfermería que poseen las/os cursantes fue caracterizada por ser rol de cuidado, con funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con conocimientos que les permite ejercer la profesión en forma independiente, con habilidades precisas, las cuales son supervisadas por el médico jefe y la jefa/e de enfermería. Un elevado porcentaje reportaron que la profesión de enfermería es ejercida por mujeres.

Palabras clave: Imagen social, profesión, enfermería.

Recibido: 17 de diciembre 2023. Aceptado: 20 de febrero 2024

1. Enfermera. Reyna Fabiola. Contacto: noevaordonez@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7454-0105>

2. Enfermera. Reyna Fabiola. Contacto: elianaespeche@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5987-3257>

3. Enfermero Hospital Córdoba. Contacto: marcos.acosta.cba@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6788-0515>

ABSTRACT

The professional image of nursing is defined as a network of social representations comprising a set of concepts, statements, and explanations. Internal and external social practices are generated and reproduced through ideologies formed in the workplace. Additionally, the professional image is linked to the representation of professional identity. **Objective:** To analyze the social image of nursing among students enrolled in Health Sciences programs at a private university in Córdoba, Argentina, in 2023. **Methodology:** A prospective, descriptive, cross-sectional study was conducted. The universe consisted of students enrolled in programs in medicine, dentistry, the Bachelor's Degree in Surgical Instrumentation, psychology, nutrition, and kinesiology. Primary information was collected using the technique of a self-administered survey, and the instrument was an online questionnaire, completed voluntarily after the research objective was explained, and informed consent was signed. **Results and discussion:** 77% of the interviewees were female, with 38.75% aged between 18 and 25 years. Among the students, 49% were enrolled in the medicine and surgical instrumentation programs, while 51% belonged to other Health Sciences degree programs. It was observed that the students' social image of nursing depicted it as a caregiving profession, with responsibilities in health promotion and disease prevention. Nurses were perceived as having the knowledge to practice their profession independently, with precise skills that are overseen by the Chief Doctor and Chief Nurse. A high percentage of interviewees reported that the nursing profession is predominantly practiced by women.

Key words: Social image; profession; nursing.

RESUMO

A imagem profissional da enfermagem é definida como uma rede de representações sociais por meio de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, geradas e reproduzidas pelas práticas sociais internas e externas através de ideologias geradas no ambiente de trabalho. Além disso, a imagem profissional é identificada com a representação da identidade profissional. **Objetivo:** Analisar a imagem social da enfermagem dos estudantes dos cursos de Ciências da Saúde de uma universidade privada de Córdoba, Argentina, no ano de 2023. **Metodologia:** Estudo descritivo, prospectivo transversal. O universo foi constituído por estudantes dos cursos de medicina, odontologia, bacharelado em instrumentação cirúrgica, psicologia, nutrição e cinesiologia. A fonte foi primária, a técnica foi uma pesquisa autoadministrada e o instrumento foi um questionário online, de forma voluntária, assinando um consentimento informado, após explicação do objetivo da pesquisa. **Resultados e Discussão:** 77% dos entrevistados eram do sexo feminino, sendo que 38,75% tinham entre 18 e 25 anos. 49% dos estudantes estavam matriculados nos cursos de medicina e instrumentação cirúrgica, e 51% pertenciam a outros cursos de ciências da saúde. Observou-se que a imagem social da enfermagem possuída pelos estudantes foi caracterizada por ser um papel de cuidado, com funções de promoção da saúde e prevenção de doenças, com conhecimentos que lhes permitem exercer a profissão de forma independente, com habilidades precisas supervisionadas pelo médico chefe e pelo chefe de enfermagem. Um elevado percentual relatou que a profissão de enfermagem é exercida por mulheres.

Palavras-chave: imagem social, profissão, enfermagem

INTRODUCCIÓN

La imagen de Enfermería ha sido estudiada y ha sido interpretada desde distintas perspectivas por parte de la sociedad, de las/os propias/os enfermeras/os, tanto a nivel colectivo como individual y aquella que corresponde a su imagen pública, propiciada por los medios de comunicación. Destacando lo interrelacionado de todos estos aspectos, Varaei et al (2012). Los resultados de Murrain Knudson E. (2017) considera que la identidad profesional como el conjunto de particularidades que permiten a la persona sentirse parte de una agrupación profesional. Es decir, estar capacitada/o para realizar las actividades propias de su formación como enfermera/o, ejercer en un contexto laboral y, además de ello, ser reconocido socialmente como un profesional. Según, Coffre (2020) subraya que la identidad profesional depende de varios factores, entre ellos la formación recibida, las relaciones laborales, la pertenencia al grupo con el cual trabaja, la legitimación del conocimiento, las destrezas adquiridas y la satisfacción con la profesión electa. El autor antes mencionado expresa que se podría afirmar que la persona que eligió y finalizó una carrera que no era de su agrado, podría sufrir dificultades de identidad y, como consecuencia perjudicar su futuro desarrollo.

Ahora bien, lo reportado por Kemmer et al (2007), con respecto a la imagen profesional de la enfermería, la señala como una red de representaciones sociales que, por medio de un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones, se generan y son reproducidas las prácticas sociales internas - externas a través de ideologías generadas dentro del campo de trabajo. Así, la imagen profesional se identifica, con la propia representación de la identidad profesional. Como así también, (Collière, 1993) describe que para comprender la imagen pública de enfermería se debe reflexionar sobre los cuidados y su evolución junto al concepto salud-enfermedad de cada etapa histórica en la doméstica, centrado en la supervivencia y practicado por las mujeres en el seno familiar; en lo vocacional, donde la enfermedad se atribuye a los designios divinos, con una actitud centrada en la caridad, la sumisión y la religiosidad en la técnica, con conocimientos centrados en las causas y el tratamiento de la enfermedad; en la científica, la enfermería se consolida como profesión, responsable del cuidado de la salud de la población, y persiguiendo el conocimiento basado en la evidencia.

Pasando a otro momento de la evolución histórica de la imagen social de la enfermería, en una revisión bibliográfica con respecto al tema mencionado, Herrera González (2022) concluyo que enfermería es una profesión con cierto prestigio y está bien considerada socialmente. En relación a sus funciones

se reconocen las actividades técnicas que desarrollan, aún se desconoce todo el potencial y algunas funciones propias, como, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También, se conocen ciertas funciones autónomas, permanece la visión de la profesión como ayudante de la medicina. Además, se reconoce la formación universitaria, sólo una minoría identifica las diferentes especialidades o la posibilidad de obtener el doctorado. La sociedad destaca a la enfermería, la relación de los profesionales con habilidades interpersonales que proporcionarían bienestar a los pacientes, como la amabilidad, la empatía, la confianza, la expresividad de cariño, la capacidad de escucha, de decisión y la habilidad para resolver problemas. Así mismo, confían cada vez más en los profesionales de enfermería a medida que más interacción existe entre ambos, es decir, cuanto más trato y conocimiento mutuo tienen.

En las conclusiones arribadas por Coffre (2020) expone que una pobre identidad profesional de la/el enfermera/o no permite visibilizar sus cuidados y, como secuela la imagen social de enfermería es poco apreciada. En esta línea, las marcas del pasado, que permanecen en el presente, no favorecen la imagen de la enfermería ante la sociedad, Por lo tanto, incrementar la imagen social de enfermería es el lema, esto se conseguirá con el desarrollo de la identidad y liderazgo. Lo precedentemente planteado explica el lanzamiento de la campaña Nursing Now 2018-2020 Gestionado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermeras a los fines de capacitar a las enfermeras para que conquisten su lugar en el centro de la lucha contra los desafíos de salud del siglo XXI y, maximicen su contribución para lograr la Cobertura Sanitaria Universal. La mencionada campaña tuvo el impulso con el fin de potenciar a las enfermeras para que tengan voz en la construcción de políticas de salud; promover la inversión en la fuerza laboral de enfermería; acrecentar el número de puestos de liderazgo de enfermeras/os, desarrollar investigaciones que contribuyan a determinar el impacto e intercambio de excelentes prácticas de enfermería. World Health Organization. (2018).

Chombard de Lauwe (1963) citado en (Domínguez Alcón C1985) definió como imagen de enfermería a la construcción de las siguientes dimensiones que se tomaron en este estudio para analizar la imagen social de la enfermería: **Estatus y/o prestigio social:** posición que otorga la población a la enfermería como profesión y/o como carrera universitaria con respecto a otras. **Funciones y/o actividades:** aspectos que espera la sociedad de la enfermería y las tareas y/o funciones que cree que desempeña. **Independencia:** independencia o autonomía que la sociedad cree que poseen las/os enfermeras/os para hacer juicios clínicos y tomar decisiones. **Formación:** nivel de formación que se les presupone a las enfermeras, y si es considerada o no, con formación

universitaria y el nivel de conocimientos que se cree que poseen. **Atributos de las enfermeras:** características, particularidades o cualidades significativas que son asociados con la enfermería o cómo se describe a las enfermeras/os. **Salario:** sueldo que perciben las enfermeras/os y además, si es adecuado o no. **Confianza en el profesional de enfermería:** confianza que la población deposita en los profesionales de enfermería y en qué circunstancias. **Género vinculado a la enfermería:** creencia que posee la sociedad de que enfermería es una profesión mayoritaria de mujeres o, por el contrario, que es una profesión que puede ser ejercida de forma igual por ambos sexos.

Lo anterior originó el interés de desarrollar este estudio con el objetivo de analizar la Imagen social de la enfermería de los estudiantes de la carrera de Ciencias de la Salud de una Universidad privada de Córdoba, Argentina en el año 2023.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio: Observacional de corte Transversal, con abordaje descriptivo. El universo estuvo constituido por estudiantes de ambos sexos que cursaron las carreras de medicina, odontología, licenciaturas en instrumentación quirúrgica, Psicología, nutrición y kinesiología de una Universidad privada de Córdoba, Argentina año 2023. Conformaron la población 100 cursantes de ambos sexos de cada una de las carreras mencionadas, estableciéndose como cifra final de la totalidad de las carreras 161 estudiantes. Los cuales participaron de este estudio en forma voluntaria firmando el consentimiento informado. La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo de octubre del año 2023. La fuente de información fue primaria. Se realizaron entrevistas en modalidad virtual, se utilizó como técnica la encuesta con un instrumento de elaboración del equipo de la presente investigación, con la particularidad de cuestionario auto administrado con 16 preguntas abiertas y cerradas. Para su formulación se tuvo en cuenta la variable en estudio y sus dimensiones. Los resultados que arrojó la prueba piloto fueron, los contenidos comprendidos en su totalidad, como así mismo, los interrogantes fueron claros, razón por la cual no fue necesario efectuar modificaciones en el instrumento aplicado, con respecto al tiempo estipulado para resolverlo fue el esperado.

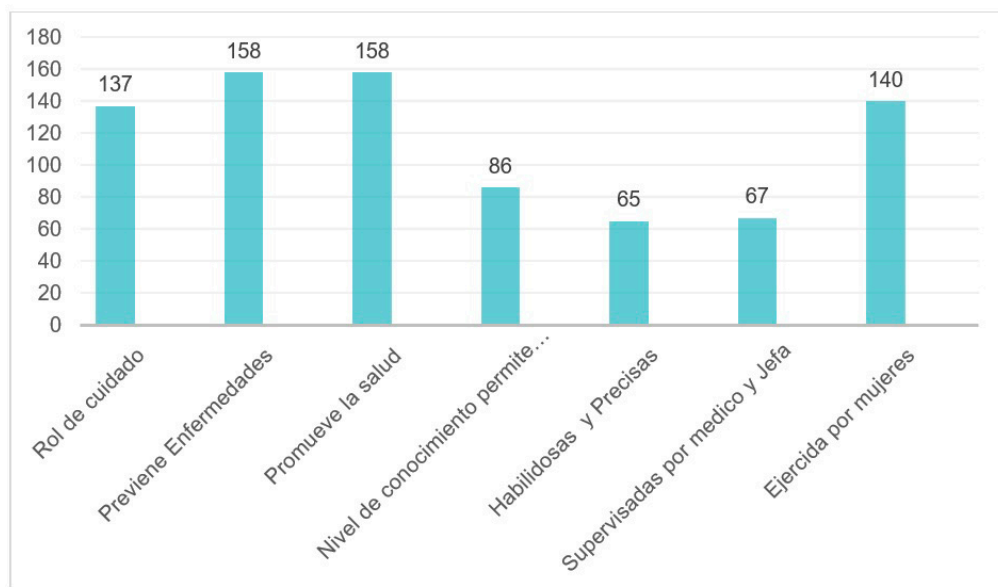
Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, presentándolos a través de tablas y gráficos, donde se exhiben las frecuencias absolutas y relativas de la variable, lo cual permitió presentar la información sobre la Imagen social de la enfermería que poseen los estudiantes de las carreras de Ciencias de la Salud de una Universidad privada de Córdoba, Argentina en el año 2023.

RESULTADOS

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Córdoba con los estudiantes de Ciencias de la Salud de una Universidad privada de Córdoba, durante el periodo octubre del año 2023. De los estudiantes que participaron de este estudio el 77% correspondieron al sexo femenino, cuyas edades, el mayor porcentaje correspondió a un 38,75%, se ubicaron en el rango entre 18 a 25 años, de todos las/os encuestadas/os el mayor porcentaje de cursantes fueron de la carrera de Lic. en Instrumentación Quirúrgica (IQ) con un 26%, el 23% pertenecieron a la carrera de medicina, el 19% correspondieron a alumnas/os de la carrera de Lic. en Kinesiología, el 16% de las/os cursantes fueron de la carrera de odontología y Lic. en nutrición y con respecto a la carrera de psicología el estudiantado no respondieron la encuesta. En relación al Estatus o prestigio social de la profesión de enfermería, los estudiantes respondieron con el 73.2% que su rol en el cuidado de la salud de la sociedad es muy importante. En cuanto a Funciones y/o actividades que reconocieron las/os encuestadas/os con igual porcentaje 33.5% para las funciones y/o actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades que desempeña enfermería. Con respecto a la independencia y formación de enfermería el 45.0% de las/os participantes reconocieron que enfermería está preparada para establecer de manera independiente sus acciones basadas en un sistema de principios o leyes, al que el profesional se atiene. Referido a los atributos, el 29.1% de las/os alumnas/os refirieron que las enfermeras/os son habilidosas y precisas. Así mismo, caracterizaron la profesión con procedimientos y además el 6.7% de ellos afirmaron que enfermería percibe un salario igual al resto de los profesionales. Los estudiantes encuestados reportaron que los aspectos de la disciplina que generaron confianza fueron los cuidados brindados y supervisados por el médico y el jefe de enfermería con un 41.9%. El 87.5% de los participantes observaron que la profesión de enfermería es ejercida por mujeres, y escasamente el 3.1% consideraron que la profesión de enfermería puede ser ejercida tanto por hombres como por mujeres.

Figura 1

Imagen social de la profesión de enfermería que poseen las/os estudiantes que cursaron las diferentes carreras de las ciencias de la salud de una universidad privada de Córdoba en el año 2023.



Fuente: Formulario Autoadministrado

Comentario: La Imagen social de la profesión de enfermería que poseen las/os estudiantes que participaron de este estudio, está caracterizada porque sus funciones están relacionadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, también se observa en el grafico que la profesión de enfermería es ejercida por mujeres y desempeñan un rol de cuidado.

DISCUSIÓN

En referencia al estudio realizado cuyo objetivo fue analizar la imagen social de la enfermería en los estudiantes de Ciencias de la Salud de una Universidad privada de Córdoba en el año 2023. Donde se estudiaron 161 estudiantes de ambos sexos con edades que dentro del rango de 18 a 25 años lo que correspondió al 38.75%. El más alto porcentaje de las/os participantes pertenecieron a la carrera de Lic. en Instrumentación Quirúrgica (IQ) con un 26%, el 23% correspondieron a la carrera de medicina, el 19% de las/os alumnas/os cursaban la carrera de Lic. en Kinesiología, y el 16% de las/os cursantes pertenecieron a la carrera de odontología y Lic. en nutrición. Con respecto a la carrera de psicología el estudiantado no respondió la encuesta.

En relación al estatus o prestigio social de la profesión que poseen las/os cursantes de las carreras de Ciencias de la Salud se encontró en este estudio que el 73.2% reportaron que su rol en el cuidado de la salud a la sociedad es muy importante. Si bien la consideración social de la enfermería sea escasa Prandi y Ferri (2007) como carrera universitaria es vista como una opción positiva, constatándose que muchas madres/padres sugieren a sus hijas/os estudiar enfermería. Sin embargo, parece que la profesión carece del estatus que tienen los médicos, lo que es corroborado por otros estudios, en los que se concluye que la enfermería ocupa el tercer lugar en la valoración de varias profesiones situándose por detrás de la medicina. También el autor expresa que, pese a ello, y no siendo un resultado contradictorio, se reconoce importante su rol dentro del sistema sanitario. Errasti Ibarrondo et al (2012) lo que coincide con el resultado obtenido en la presente investigación. Como así también en el estudio de Herrera González (2022) quien reportó que la profesión de enfermería posee prestigio y fue socialmente bien considerada, pero es menor la consideración con respecto a otras profesiones como la medicina o magisterio.

En este estudio se arribó con respecto a las funciones y/o actividades de enfermería el 33.5% de las/os cursantes identificaron que enfermería desempeña funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Lo que no concuerda con las conclusiones arribadas en el estudio de Herrera González (2022) en el cual reportó que la sociedad desconoce el potencial y las funciones propias de la enfermería como son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por el contrario, en los resultados encontrados en la investigación de Errasti Ibarrondo et al (2012) la sociedad valoró la formación y las acciones técnicas que desarrollaron las/os profesionales de enfermería. En cuanto al trabajo de enfermería fue descrito mediante muchas actividades, siendo las más relacionadas con la profesión el administrar inyecciones, el curar heridas, o el ayudar al médico. En tanto que en el estudio de Petre et al (2004) los resultados indicaron que la sociedad reconoció el nivel de estudios y las acciones tradicionales de enfermería, siempre supervisadas por el médico jefe, pero existen otras funciones que no se identificaron como propias de la profesión tal es el rol de promoción, preventivo, docente y educador.

Con respecto a los atributos de las/os enfermeras/os, el 29.1% de las/os alumnas/os refirieron que las enfermeras/os son habilidosas/os y precisas/os. Así mismo, caracterizaron la profesión con procedimientos y además el 6.7% de ellos afirmaron que enfermería percibe un salario igual al resto de los profesionales. Según Herrera González (2022) encontró que la sociedad no relaciona a la profesión de enfermería con el sexo femenino, pero, sí enfatiza las múltiples habilidades interpersonales manifestadas por estas/os profesionales, cabe

mencionar algunas sobresalientes como la amabilidad, empatía, confianza, cariño, capacidad de escucha, capacidad de decisión, habilidad para la resolución de problemas entre otras tantas habilidades. El trabajo de enfermería es descrito mediante muchas actividades, siendo las más relacionadas con la profesión el administrar inyecciones, el curar heridas, o el ayudar al médico. Sin embargo, en otros estudios Pedre et al (2004) presentaron otras dimensiones que definen mejor a la disciplina, como valorar a la persona holísticamente, teniendo en cuenta sus necesidades tanto físicas como psicológicas, prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

En la investigación de Ramírez (2018) reportó que se pasa de un desconocimiento generalizado sobre la formación que reciben las/os enfermeras/os o de la concepción de que con vocación y el graduado es suficiente, a la consideración no unánime por otro lado, de que la enfermería es una carrera universitaria. Así mismo, en los resultados obtenidos por Encinas Prieto (2016) constató que existe desconocimiento acerca del plan de estudios universitarios de la profesión de enfermería.

Lo que concierne a la independencia y formación de enfermería en este estudio se encontró que el 45.0% de las/os participantes reconocieron que enfermería está preparada para establecer de manera independiente sus acciones basadas en un sistema de principios o leyes, al que el profesional se atiene. Lo que no coincide con el estudio de Errasti Ibarro (2012) los cuales publicaron que una de las acciones asociadas a las/os enfermeras/os es la de ayudar al médico. Además, sostienen que es escaso el reconocimiento de la evolución de la profesión y del esfuerzo de las/os profesionales por definir su propio espacio de autonomía, no percibiéndose una actividad independiente a la del médico y con suficiente autonomía sobre el cuidado de los pacientes. En cambio, en el estudio de Cofre et al (2020) indicaron que la profesión de enfermería desarrolla un rol de asistente, ayudante o auxiliar del médico, su función netamente asistencial delegadas y dependientes del médico. Con respecto a la formación académica Herrera González (2022) destacó que la sociedad reconoció la formación universitaria de los profesionales de enfermería, aunque sólo una minoría identifica las diferentes especialidades o la posibilidad de obtener el doctorado. Lo contrario sucedió en lo encontrado por Verena Lapinski (2021). Dado que la imagen que la sociedad posee de la enfermería es parcializada, en cuanto al perfil y rol profesional, donde prima un desconocimiento de las competencias y el nivel de formación que poseen los profesionales de enfermería. En el equipo de investigación Errasti Ibarro (2012) encontraron varias categorías que pueden explicar la visión que tiene la sociedad sobre la enfermería, donde predomina el desconocimiento sobre la esencia y el foco de la disciplina, que es el cuidado de la persona, familia o comunidad.

Lo que atañe a los aspectos de la profesión de enfermería que generan confianza los estudiantes respondieron en una mayoría con un 41.9% a los cuidados que son brindados y supervisados por el médico y el jefe de enfermería. Lo que acuerda con los resultados presentados por Pedre et al (2004) quienes manifestaron que la confianza a la enfermería no es total, dado que la sociedad prefiere corroborar con el médico las sugerencias de salud que le haya expresado la/el enfermera/o, otros aspectos que se refieran a acciones asociadas desde antaño a la enfermería, como la cura de heridas o la toma de la tensión arterial, Tampoco existe la confianza plena para el cuidado de enfermos a domicilio. Lo opuesto al autor antes referenciado con respecto a las competencias y confianza en el profesional de enfermería Herrera González (2022) lo asoció con las habilidades emocionales y con las técnicas, de manera que la sociedad confía cada día más en los profesionales de enfermería a medida que más interacción existe entre ambos, es decir, cuanto más trato y conocimiento mutuo tienen.

Los resultados encontrados en este estudio sobre el género vinculado a la profesión enfermera/o las/os cursantes reconocieron en un elevado porcentaje 87.5% que la profesión de enfermería es ejercida por mujeres. Al propósito, en un estudio realizado un poco antes del nuevo milenio realizado por Renedo y col (1989 como se citó en Verena Lapinski 2021) indicaron que la imagen pública de la enfermería continúa siendo estereotipada en base al género. No obstante, afirmaron que la mayoría de la sociedad considera que las/os profesionales de enfermería deben ser de ambos sexos, No obstante, en las conclusiones de los autores Hernández Vergel et al (2003). la percepción que posee la población sobre la enfermería como profesión estrictamente femenina está disminuyendo, no importándole a la mayoría de los encuestados recibir cuidados de un hombre o de una mujer y habiendo decrecido el porcentaje de personas que cree que son mejores las mujeres. Mientras que en un estudio actualizado los resultados son similares a los encontrados en la década de los 80 por Renedo y col (1989 como se citó en Verena Lapinski 2021). Como así también, los resultados encontrados por Cofre et al (2020) coinciden con lo indicado en las investigaciones antes consultadas dado que la profesión de enfermería es estigmatizada como una profesión femenina.

CONCLUSIÓN

A partir de analizar la imagen social de la enfermería en los estudiantes de las carreras de Ciencias de la Salud de una Universidad pública de Córdoba en el año 2023. Se concluye que, la Imagen social de la enfermería que poseen los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud está caracterizada por

visualizar en los profesionales de enfermería un rol de cuidado, con funciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con conocimiento que les permite ejercer la profesión en forma independiente, además se destacó que las/os profesionales son habilidosas/os y precisas/os, sus intervenciones son supervisadas por el médico y el jefe de enfermería. También, los estudiantes observaron que es una profesión sobre todo ejercida por mujeres.

Recomendaciones: A los profesionales de enfermería la búsqueda del éxito en la profesión solo es cuestión de compromiso, responsabilidad y un gran respeto por la principal esencia de la profesión como es el cuidado de enfermería destinado a la sociedad toda, sin distinciones ni discriminación alguna, que prima sobre todos los aspectos el cuidado enfermera/o cualificado que es internalizado en el desarrollo de la formación, como consecuencia llevará a la sociedad a poseer un concepto claro y real de la enfermería reconocer a la imagen de la profesión sin confusión de sus funciones, de su formación de su autonomía, de las competencias, de la capacidad de gestionar entre otras, con la convicción de ser una profesión imprescindible en el mantenimiento de la salud de la población, dado que el mayor grado de desarrollo profesional se ha conseguido cuando el ejercicio ha estado regido por principios profesionales, enseñado por las propias enfermeras/os y gestionado con autonomía.

REFERENCIAS

- Coffre, J. (2020). Percepción Social de la Profesión de Enfermería. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica* 38. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100272
- Collière M. (1993). *Promover la vida*. S.A. McGraw-Hill / Interamericana de España.
- Domínguez Alcón, C. (1985). Imagen de la Enfermera en la sociedad. *Revista Rol de Enfermería* 83, 66-72. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100540/1/046855.pdf>
- Errasti Ibarrodo, B., Arantzamendi Solabarrieta, M., Canga Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Revista An. Sist. Sanit. Navar* 35(2), 269-283. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n2/revision2.pdf>
- Encinas Prieto, L. (2016). La Imagen Social de la Enfermería. [Tesis de grado de Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675302/encinas_prieto_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Hernández Vergel, L., Rodríguez Brito, ME., Jiménez Pérez, M., Rangel Marín, F. (2003). Imagen social de la enfermería. *Revista cubana Enfermería* 19(1), 250-269. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100006
- Herrera González, P.P. (2022). Imagen social de Enfermería: visibilidad de los cuidados. *Revista Científica del CODEM*, 16 77-93. <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/207/109>
- Kemmer, L F. Paes da Silva, M J. (2007) La visibilidad del enfermero según la percepción de los profesionales de comunicación. *Revista Latino-am Enfermagem* 15(2). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jRDx3FcgXFWNk3G595PM3Yt/?format=pdf&lang=es>
- Murrain Knudson E. (2017) *Visibilidad y calidad del cuidado ¿consecuencia del nivel de profesionalismo?* *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía* 26(4), 231-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.10.003>
- Prandi, R., Ferri, P. (2007). Enfermeros: quienes somos? Imagen social del enfermero de la ciudad de Módena. *Revista Ágora D' Enfermería* 11(3), 1156-1159. <https://iris.unimore.it/handle/11380/609037>
- Pedre Seoane, M., Pita Barral, M C., Cristina Valiño Pazos, C. (2004). Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Revista Asociación Española de Enfermería en Urología*, 89. <file:///C:/Users/Raquel/Downloads/Dialnet-ImagenSocialDeLaEnfermeria-3100283.pdf>
- Ramírez, V (2018). Imagen social de la enfermería entre familiares de pacientes ingresados y los habitantes de Santa María. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba]. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/14989>
- Varaei, S., Vaismoradi, M., Jasper, M. y Faghihzadeh, S. (2012). Iranian nurses selfperception factors influencing nursing image. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 551-560. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01397.x
- Verena Lapinski (2021). La imagen social que posee sobre los profesionales de Enfermería en cuanto a su labor, las personas del Barrio Santa Rita. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional del Misiones]. <https://rid.unam.edu.ar/handle/20.500.12219/3063>
- World Health Organization. (2018). Campaña de Enfermería ahora. <https://www.who.int/news/item/27-02-2018-nursing-now-campaign>

CONOCIMIENTOS DE LOS BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL AYUNO PREQUIRURGICO

KNOWLEDGE OF THE BENEFITS AND COMPLICATIONS OF PREOPERATIVE FASTING

CONHECIMENTOS SOBRE OS BENEFÍCIOS E COMPLICAÇÕES DO JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

Autora: Caputo, Camila Soledad¹

RESUMEN

Introducción: El ayuno perioperatorio es un tema de gran importancia e interés. Los conceptos tradicionales en cuanto a su aplicación han cambiado en los últimos años debido a la evidencia científica. **Objetivo:** Establecer el conocimiento de los beneficios y complicaciones del ayuno prequirúrgico que posee el personal del área quirúrgica del Hospital Británico de Buenos Aires. **Metodología:** estudio cuantitativo descriptivo, transversal, Julio - diciembre 2022. La población estuvo constituida por trabajadores correspondientes del área de quirófano, administrativos, personal de enfermería, instrumentadores quirúrgicos, cirujanos y anestesiistas (n=40). La fuente fue primaria, la técnica fue una encuesta en línea. El instrumento fue un formulario auto administrado con preguntas que respondieron a la variable estudiada. **Resultados:** El 45% del personal de quirófano posee conocimiento sobre el ayuno prequirúrgico favorece el desarrollo de la cirugía, el 15% conoce los beneficios relacionados a la recuperación anestésica y el 7.5 % conoce que previene la bronco aspiración. El 87.5% de los participantes conoce que la cancelación de cirugías es un indicador de calidad en la atención en salud, el 77.5% de los encuestados sabe que permite a la institución realizar un correcto manejo de los recursos materiales y previene juicios por mala praxis, el 87.5% manifestó que previene paro cardio respiratorio. También, el 30 % del personal expresó que no entrega información, el 70% lo realiza de manera escrita, por teléfono wasap o verbal. Los participantes consideraron que la información es una responsabilidad de todo el equipo. **Conclusión/Discusión:** El personal conoce algunos beneficios del ayuno prequirúrgico, para la institución no los identifica totalmente, el resto de las complicaciones se visualizan como un conocimiento escaso. Poseen conocimiento de las complicaciones para con la institución. El 30 % del personal encuestado refiere que no entregan información, dado que sostienen que la información al paciente es una responsabilidad del equipo. Además, se observó que las cirugías que se suspenden son debido a que el paciente no cumplimenta el ayuno prequirúrgico.

Palabras clave: Cirugía, ayuno prequirúrgico, conocimiento, beneficios, complicaciones.

1. Lic. en Instrumentación Quirúrgica. Hospital Británico de Buenos Aires
Mail: cami.caputo@live.com.ar
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9038-7636>

ABSTRACT

Introduction: Preoperative fasting is a matter of great importance and interest. Traditional concepts about its implementation have changed in the last few years due to scientific evidence. **Objective:** To determine the knowledge of the benefits and complications of preoperative fasting among the surgical department staff at the Hospital Británico in Buenos Aires. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted from July to December 2022. The population consisted of operating room staff, administrative workers, nurses, surgical instrumentation technicians, surgeons, and anesthesiologists (n=40). The information source was primary, collected through a self-administered survey technique. The instrument was a self-administered questionnaire with questions addressing the variable under study. **Results:** 45% of the operating room staff recognizes that the preoperative fasting supports the surgical process; 15% is aware of its benefits for anesthetic recovery; and 7.5% understands that it prevents bronchial aspiration. 87.5% of participants recognize that surgery cancellations are an indicator of healthcare quality; 77.5% of respondents understand that cancellations allow the institution to effectively manage material resources and prevent malpractice lawsuits; finally, 87.5% stated that preoperative fasting helps prevent cardiac arrest. Additionally, 30% of the staff stated that they do not provide information, while 70% reported doing so in written form, via phone using WhatsApp, or verbally. The participants considered that providing information is a responsibility of all team members. **Conclusion/Discussion:** The staff recognizes some benefits of preoperative fasting, but the institution does not fully identify them. The remaining complications are seen as having limited knowledge. They possess knowledge of the complications concerning the institution. 30% of the surveyed staff report that they do not provide information, as they believe that providing information to the patient is the responsibility of the entire team. Additionally, it was observed that surgeries are canceled because the patient does not complete the preoperative fasting.

Key Words: Surgery; preoperative fasting; knowledge; benefits; complications.

RESUMO

Introdução: O jejum pré-operatório é um tema de grande importância e interesse. Os conceitos tradicionais sobre sua aplicação têm mudado nos últimos anos devido às evidências científicas. **Objetivo:** Estabelecer o conhecimento sobre os benefícios e complicações do jejum pré-operatório que possui o pessoal da área cirúrgica do Hospital Británico de Buenos Aires. **Metodologia:** Estudo quantitativo descritivo, transversal, de julho a dezembro de 2022. A população foi constituída por trabalhadores da área de sala de operação, administrativos, pessoal de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos, cirurgiões e anestesistas (n=40). A fonte foi primária, a técnica foi uma pesquisa online. O instrumento foi um formulário autoadministrado com perguntas relacionadas à variável estudada. **Resultados:** 45% do pessoal da sala de operação possui conhecimento de que o jejum pré-operatório favorece o desenvolvimento da cirurgia, 15% conhece os benefícios relacionados à recuperação anestésica e 7,5% sabe que previne a broncoaspiração. 87,5% dos participantes sabem que o cancelamento de cirurgias é um indicador de qualidade no atendimento à saúde, 77,5% dos entrevistados sabem que permite à instituição um correto manejo dos recursos materiais e previne processos por má prática, 87,5% afirmou que previne parada cardiorrespiratória. Além disso, 30% do pessoal expressou que não entrega informação, 70% o faz de forma escrita, por telefone WhatsApp ou verbalmente. Os participantes consideraram que a informação é uma responsabilidade de toda a equipe. **Conclusão/Discussão:** O pessoal conhece alguns benefícios do jejum pré-operatório, porém, para a instituição, não os identifica totalmente, e o resto das complicações é visualizado como conhecimento escasso. Possuem conhecimento das complicações para com a instituição. 30% do pessoal entrevistado refere que não entregam informações, pois consideram que a informação ao paciente é uma responsabilidade da equipe. Além disso, observou-se que as cirurgias que se suspendem são devido ao não cumprimento do jejum pré-operatório pelo paciente.

Palavras-chave: Cirurgia, jejum pré-operatório, conhecimento, benefícios, complicações.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se publicó y cada país, región y provincia adaptaron y adhieren el consenso, denominado guías para el ayuno perioperatorio para personas adultos y pediátricos en procedimientos electivos como lo es el ayuno preoperatorio. A las cuales cada institución debe considerarlas antes de cada una de las intervenciones que se les presenten. Federación de Argentina de Asociaciones Anestesia Analgesia y Rehabilitación (FAAAAR) (2015) 1° Revisión (2022). La necesidad de realizar ayuno antes de un procedimiento quirúrgico es conocida desde la introducción de la anestesia general. Ante las frecuentes muertes intraoperatorias asociadas con la aspiración del contenido gástrico secundarias a la anestesia general, se publicaron en 1848 los primeros trabajos acerca del ayuno preoperatorio. Anonymus. (1848).

Durante la década de 1990, comienza a ser permisible la ingestión de ciertos líquidos para evitar la sed y malestar de los pacientes, e incluso para impedir las cefaleas por abstinencia en los pacientes consumidores de café de forma intensa. (Timmins et al 1996 como se citó en Berdaguer Ferrari 2020). En las conclusiones de Imbelloni et al (2015) con respecto al ayuno preoperatorio manifestaron que los hidratos de carbono reducen significativamente el malestar preoperatorio y aumentan la satisfacción con los cuidados de la anestesia

El estudio de los factores de riesgo para bronco aspiración (Smith A. 2003 como se citó en Aviles Najera 2021), describió que la neumonía por aspiración tiene un mayor riesgo cuando el estómago está ocupado con un volumen superior a 0.4 mL/kg (28 mL para un paciente de 70 kg) y cuando el pH es menor que 2.5. El contenido gástrico durante el ayuno de ocho horas está constituido exclusivamente por saliva y jugo gástrico, el pH de la secreción gástrica fluctúa entre 1.5 y 2.2. Estudios realizados del vaciamiento gástrico Marín Castro (2019) ha demostrado que los tiempos para el vaciado completo del estómago dependen del tipo de alimento ingerido.

Una de las complicaciones prequirúrgicas que causan temor en el equipo responsable de las intervenciones quirúrgicas según lo reportado por Guerrero Capote et al (2020) es la broncoaspiración. Desde hace más de cien años aproximadamente y con la intención de impedir esta dificultad se ha implementado el ayuno perioperatorio, etapa en el cual el paciente no consume alimentos ni sólidos ni líquidos con la finalidad de disminuir el contenido gástrico y evitar el riesgo de broncoaspiración. La situación antes planteada y según lo publicado por Carrillo Esper et al (2015) ello se debe al efecto de los agentes anestésicos como son los agentes inductores, relajantes musculares, opioides

entre otros, siendo estos fármacos los que deprimen los reflejos protectores de las vías aéreas con la posibilidad de la aspiración del contenido gástrico, poniendo en riesgo la seguridad y calidad en la atención del paciente quirúrgico y su sobrevida. Es coherente con los resultados del artículo de Muñoz Caicedo A (2019) los cuales indican que se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros para los pacientes, que mejoren sus condiciones de salud y disminuyan la morbilidad con la posibilidad que los usuarios obtengan los servicios que requieren sin que se presenten riesgos para su vida o salud.

Las conclusiones que arribaron en el estudio de Guerrero Capote et al (2020) establecieron que la prescripción del ayuno preoperatorio es un desafío para todo el equipo de salud interviniente en las cirugías dado que y según la literatura científica se ha observado que un tiempo extenso sin el consumo de alimentos antes de la intervención quirúrgica no es beneficiosa. Todo lo contrario, es lo que sostiene el autor antes referenciado, considerando que es deletéreo para un buen pronóstico de la persona, debido que se puede producir la broncoaspiración, explica esta situación en razón que desde el punto de vista endocrino metabólico suceden cambios que promueven el acrecentamiento de la morbilidad de los pacientes. Es así que lo encontrado en el estudio de De Luca et al (2019) sobre la duración del ayuno preoperatorio en pacientes con cirugía programada reportaron que el ayuno preoperatorio prescrito no se adecuó a las recomendaciones actuales. Las horas de ayuno realizadas por el paciente resultaron excesivas. Así mismo en el estudio de Muñoz Caicedo A (2019) se han observado que la mayoría de las causas de cancelación de las cirugías son prevenibles y evidencian fallas organizacionales y procedimentales que requieren de un plan enfocado en la implementación de estrategias que mejoren la calidad de la atención, permitan la realización de los procedimientos quirúrgicos y reduzcan las pérdidas económicas producidas por la no calidad. También en los estudio de Olgún Juárez (2018) y Díaz Pérez et al (2020) hallaron una alta frecuencia de cirugías canceladas lo que puede producirse por la inadecuada planificación en el servicio quirúrgico afectando en forma negativa en el presupuesto institucional de todos los servicios involucrados como así también, la ausencia de actividad del personal del equipo de cirugía, los autores antes mencionados en su estudio concluyeron que la programación de las cirugías debe ser considerada como factor importante a un rango aceptable en relación con el diseño de políticas públicas de salud, propuesta como una norma de seguridad, constituyéndose en un indicador de calidad de la atención del paciente quirúrgico.

Por todo lo antes expresado se realizó esta investigación con el objetivo de establecer el conocimiento de los beneficios y complicaciones del ayuno

prequirúrgico que posee el personal el área quirúrgica del Hospital Británico de Buenos Aires durante el segundo semestre del 2022.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo consistió en un estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal en el periodo comprendido de Julio a diciembre del año 2022, en el Hospital Británico de Buenos Aires. La población estuvo constituida por trabajadores correspondientes del área de quirófano, administrativos, personal de enfermería, instrumentadores quirúrgicos, cirujanos y anestesiistas (n=40). La fuente utilizada para recoger la información fue primaria ya que la misma se obtuvo directamente del personal. La técnica fue una encuesta en línea. El instrumento de recolección de datos fue un formulario auto administrado con preguntas que respondieron a la variable estudiada.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

El 17.1 % del personal de quirófano está representado por personal administrativo, el resto corresponden a diversas profesiones médicos, anestesiistas, personal de enfermería entre otros. El 29.3 % de los/as entrevistados/as estaba en un rango de edad entre 31 a 40 años. El género femenino estuvo representado por el 56.1%, y el 40% del personal del área de quirófano tenían una antigüedad de más de 11 años en el servicio.

Con respecto al Conocimiento sobre los beneficios del ayuno prequirúrgico para el paciente. El 45% del personal del área de quirófano posee conocimiento referido a que el ayuno prequirúrgico favorece el desarrollo de la cirugía, el 15% del personal entrevistado conoce que el ayuno prequirúrgico favorece a la recuperación anestésica del paciente y el 7.5% de este grupo conoce que el ayuno prequirúrgico previene la broncoaspiración, y el resto del personal desconoce los beneficios del ayuno prequirúrgico para el paciente.

En relación al conocimiento de los beneficios para la institución al cumplimentar el ayuno prequirúrgico, el 24% del personal del área quirúrgica conoce que la cancelación de cirugías es un indicador de calidad en la atención de salud y que previene juicios por mala praxis, el 22% de las/os encuestados permite a la institución realizar una correcta gestión de los recursos materiales.

En lo que se refiere al conocimiento de las complicaciones para el paciente al no cumplimentar el ayuno prequirúrgico, el 100% del personal del área

quirúrgica conoce la complicación de broncoaspiración, además, el 87.5% de las/os participantes conocen que se puede producir la complicación de un paro cardio respiratorio. El resto de las complicaciones que se pueden producir por no cumplir con el ayuno prequirúrgico se visualizaron como un conocimiento escaso.

En lo concerniente al conocimiento de las complicaciones para la institución al cumplimentar el ayuno prequirúrgico, que posee el personal en el área quirúrgica. Hospital Británico se observó que el 100% del personal posee conocimiento de las complicaciones para con la institución, no así los beneficios indagados de manera positiva.

Con respecto a las estrategias informativas para el cumplimiento del ayuno prequirúrgico que utiliza el personal en el área quirúrgica del Hospital Británico. El 30 % del personal refiere que no se encarga de dar información respectiva, el 70% restante lo hace de manera escrita, por vía telefónica o verbal como así también por wasap.

En lo que se refiere a la opinión acerca de la información para el cumplimiento del ayuno prequirúrgico que utiliza el personal en el área quirúrgica del Hospital Británico El 100% del personal del área quirúrgica considera que la información al paciente es una responsabilidad de todo el equipo que conforma el área de quirófano. En cuanto a la opinión acerca de la presencia de dificultades al brindar información para el cumplimiento del ayuno prequirúrgico según el personal en el área quirúrgica, de las 25 personas que respondieron, el 48% consideran que no hay dificultades en el manejo de la información y que la misma está correctamente proporcionada, en lo que respecta a la suspensión de la cirugía consideran que es el paciente quien no cumplimenta el ayuno prequirúrgico por tal motivo se genera la suspensión de la cirugía programada.

DISCUSIÓN

El ayuno prequirúrgico es un protocolo que se sigue antes de someterse a una cirugía. Su propósito principal es reducir el riesgo de complicaciones durante y después de la intervención. En esta investigación se observó que el 45% del personal del área de quirófano posee conocimiento referido a que el ayuno prequirúrgico favorece el desarrollo de la cirugía, mientras que en el reporte de Guerrero Capote et al (2020) consideran que un ayuno prolongado antes de la intervención quirúrgica lejos de ser beneficioso es deletéreo para el buen pronóstico del paciente. Como así también De Luca (2019) en su estudio indicó que el ayuno preoperatorio prescripto las horas de ayuno realizadas

por el paciente resultaron excesivas. Con respecto a los conocimientos que posee el personal participante en esta investigación se encontró que el 100% conoce la complicación de broncoaspiración seguida del 87.5% posee conocimientos sobre la complicación de parocardiorespiratorio y en lo referente a las estrategias informativas para el cumplimiento del ayuno preoperatorio que implementa el personal del área quirúrgica el 70% lo hace de manera escrita, por vía telefónica o verbal como así también por wasap. Además, los encuestados opinaron que la información entregada sobre el ayuno preoperatorio es la responsabilidad de todo el equipo que integran el área de quirófano.

CONCLUSIONES

El ayuno previo a una cirugía es esencial para reducir el riesgo de complicaciones, especialmente en procedimientos que requieren anestesia general. Las recomendaciones actuales sugieren un ayuno de al menos 6-8 horas para sólidos y 2-4 horas para líquidos claros, lo que permite una mejor preparación del paciente y una recuperación postoperatoria más rápida. La duración y las condiciones del ayuno deben ser evaluadas individualmente, considerando factores como el tipo de cirugía, el estado de salud del paciente y la anestesia utilizada. Es crucial informar al paciente sobre la importancia del ayuno y las instrucciones específicas para asegurar su adherencia y comprensión de los procedimientos y que la información debe ser una responsabilidad de todo el equipo que integra el área de quirófano.

REFERENCIAS

- Anonymus, R. (1848). zu.,R. Jhering, Civilrechtsfälle ohne Entscheidungen. [...] Leipzig 1847. *Kritische Jahrbücher für Deutsche Rechtswissenschaft*, 23, 78-80. <https://dokumen.pub/symbolische-kommunikation-vorgericht-in-der-frhen-neuzeit-1nbsped-9783428520374-9783428120376.html>
- Aviles Najera, G. (2021). Descripción del contenido y volumen por ultrasonografía en pacientes pediátricos sometidos a cirugía en el hospital regional. [Tesis para obtener el título de Anestesiología. México]. <https://ru.dgb.unam.mx/jspui/bitstream/20.500.14330/TES01000817498/3/0817498.pdf>
- Berdaguer Ferrari. (2020). ¿Ocho cosas que nunca haríamos en los cuidados de fin de la vida en Terapia Intensiva? *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37(2). 14-17. <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/683/810>

- Carrillo Esper, R., de los Monteros Estrada, I. E. y Soto Reyna, U. (2015). Ayuno perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1). 27-34. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99353>
- De Luca, M., Maidana, C. M., Moscardi Pietrasanta, D., Velazquez, S. V. y Ruscitti, P. L. (2019). Duración del ayuno preoperatorio en pacientes con cirugía programada. *Revista. Hospital Italiano. B. Aires*, (39)3, 77-80. https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/93887_77-80-HI4-18-19-Luca%20Milagros-B.pdf
- Díaz Pérez, A., Vega Ochoa, A., Domínguez Lozano, B., Carrillo González, S. y González Puertas, J. (2020). Factores atribuibles a la cancelación de cirugías programadas. *Revista Cirugía y cirujano*, (88)4. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v88n4/0009-7411-cir-88-4-489.pdf>
- Federación Argentina de Asociaciones Anestésistas Analgesia y Reanimación. (FAAAAR). (2015). Guías para el ayuno perioperatorio en pacientes adultos y pediátricos en procedimientos electivos. *1ª Revisión agosto 2022*. https://www.anestesia.org.ar/a/guia_para_la_evaluacion_prequirurgica/146
- Guerrero, G. C., Tapia, D. A. L., García, D. S. y Vázquez, A. G. (2020). Ayuno preoperatorio. *Revista Multimed*, 24(5). <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n5/1028-4818-mmed-24-05-1221.pdf>
- Imbelloni, L E., Nasiane Pombo, I A., y Borges de Morais Filho, G. (2015). La disminución del tiempo de ayuno mejora el bienestar y la satisfacción con la anestesia en pacientes ancianos con fractura de cadera. *Revista Brasileira Anestesiología*, (65)2, 117-123. <https://www.scielo.br/j/rba/a/GwkbRvJv47GvBXDTWgyNKm/?format=pdf&lang=es>
- Marín Castro, M J. (2019). Anemia Megaloblástica generalidades y su relación con el déficit neurológico. *Revista Archivos de Medicina*, (19)2, 420-428. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273860963022/html/>
- Muñoz Caicedo, A. (2019). Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad de Popayán, Colombia. *Revista Facultad médica*, (67)1, 17-21. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-17.pdf>
- Olguín Juárez. (2018). El análisis factorial para aumentar el rendimiento del quirófano y disminuir la cancelación de cirugía electiva. *Revista Cirujano general*, (40)2, 78-86. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v40n2/1405-0099-cg-40-02-78.pdf>

MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS DESCARTABLES

MANAGEMENT OF DISPOSABLE HOSPITAL WASTE

GESTÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES DESCARTÁVEIS

Autora: Amparo, Azagra¹

RESUMEN

Introducción: la preocupación por la gestión de los residuos de la atención de salud data de las últimas décadas en Argentina y en América Latina. Hasta hace poco tiempo los residuos se incineraban en algunos hospitales, se disponían como residuos comunes, o se entregaban a los servicios urbanos de recolección. En los noventa comenzó a visualizarse preocupación por el manejo y el destino de estos residuos a raíz del advenimiento del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) como un problema en la atención de salud. Esto determinó sanción de leyes y decretos que ordenaron la gestión y determinaron criterios para su manejo intra y extramuros. **Objetivo:** establecer el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en el área quirúrgica. La población fue de 21 cirujanos de todas las especialidades (cirugía general, traumatología, vascular, urología, cabeza y cuello), 12 Anestelistas, 10 instrumentadores quirúrgicos, 3 enfermeros/as de quirófano, 3 personas del servicio de limpieza y 1 trabajador de empresa privada, siendo un total de 50 personas. **Resultados:** los procedimientos de segregación y almacenamiento que realizan los cirujanos y anestelistas muestran que de un total de 33/33 no descartan los residuos alimenticios, papeles no aptos para reciclaje en contenedores verdes ni bolsas verdes, del mismo modo radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, en contenedores grises y bolsas grises. 14/26 implementan el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortantes. 3/33 realiza disposición correcta de vidrios rotos. Los procedimientos de segregación y almacenamiento que realizan los instrumentadores quirúrgicos y enfermeros/as de quirófano muestran que de un total de 13/10 no descartan los residuos alimenticios, papeles no aptos para reciclaje en contenedores verdes ni bolsas verdes, del mismo modo radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, en contenedores grises y bolsas grises. Implementan el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortante incluidos vidrios. Los procedimientos de almacenamiento y acopio que realizan el personal de limpieza, de 3 personas, 2 realizan correctamente el procedimiento. El proceso de transporte realizado en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica es privado y realizado por 2 personas. El tratamiento y disposición final es responsabilidad de 1 persona que realiza la incineración y la esterilización por autoclave a vapor, no así la desinfección química ni la esterilización o inactivación química. **Conclusión:** en los procedimientos de segregación y almacenamiento, los cirujanos y anestelistas no descartan

Recibido: 20 de abril 2024. Aceptado: 25 de julio 2024.

1. Lic. en Instrumentación Quirúrgica. Facultad de Bioquímica y Farmacia. Universidad Juan Agustín Maza. Gllén, Mendoza, Argentina. Contacto: ampy_735@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6654-6873>

los residuos alimenticios en contenedores verdes ni en bolsas verdes, la mitad implementa el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortantes, 3 de un total de 33 realizan disposición correcta de vidrios rotos. Los resultados indican que los instrumentadores quirúrgicos y enfermeros/as de quirófano descartan en su mayoría los residuos alimenticios en contenedores verdes y bolsas verde y que implementan el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortante incluidos vidrios. El personal de limpieza realiza correctamente el procedimiento de almacenamiento y acopio. Los elementos contaminados son dispuestos en recipientes y bolsas distintas de los residuos ordinarios, claramente identificados y adoptando medidas especiales de carácter sanitario y de seguridad, como así también, los residuos en recipientes, bolsas, tachos contenedores son acopiados en un breve período, en lugares cercanos a los puntos de generación. El proceso de transporte es realizado por 2 personas de una empresa privada que maneja los residuos hospitalarios descartables. El tratamiento y disposición final es responsabilidad de 1 persona que realiza la incineración y la esterilización por autoclave a vapor, no así, la desinfección química ni la esterilización o inactivación química.

Palabras claves: Residuos hospitalarios, quirófano, procedimiento, trabajadores de la Salud.

ABSTRACT

Decades in Argentina and Latin America. Until not long ago, some hospitals incinerated waste, disposed of it as regular trash, or handed it over to urban waste collection services. In the 1990s, concern about the management and disposal of such waste increased as AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) emerged as a healthcare concern. This led to the adoption of laws and decrees regulating the management of such waste and defining standards for its handling inside and outside healthcare facilities. **Objective:** To determine the management of disposable hospital waste in the surgical department of Hospital Tránsito Cáceres de Allende in Córdoba, from July to December 2021. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted in the surgical department. **Sample:** 21 surgeons across various specialties (general surgery, traumatology, vascular surgery, urology, and head and neck surgery), 12 anesthesiologists, 10 surgical instrumentation technicians, 3 operating room nurses, 3 cleaning staff members, and 1 private company worker, amounting to a total of 50 participants. **Results:** The waste segregation and storage procedures carried out by surgeons and anesthesiologists indicate that, out of 33 participants, none dispose of food waste or non-recyclable paper into green containers or bags. Similarly, radiographs, reports, and obsolete or unused equipment are not placed in gray containers or bags. 14 out of 26 participants correctly implement the procedure for organic waste and sharps disposal. 3 out of 33 correctly dispose of broken glass. The segregation and storage procedures followed by surgical instrumentation technicians and operating room nurses reveal that, out of a total of 13 participants, none dispose of food waste or non-recyclable paper into green containers or bags. Similarly, radiographs, reports, and obsolete or unused equipment are not placed in gray containers or bags. However, they correctly implement the procedure for organic waste, sharps, and glass waste. Regarding the storage and collection procedures performed by the cleaning staff, 2 out of 3 follow the procedure correctly. The transportation of disposable hospital waste in the surgical department is handled privately by 2 individuals. The final treatment and disposal of waste is the responsibility of one person, who handles incineration and steam autoclave sterilization, but is not responsible for chemical disinfection, sterilization, or inactivation. **Conclusion:** In the segregation and storage processes, surgeons and anesthesiologists do not dispose of food waste in green containers or bags. Half of them correctly follow the procedure for organic and sharp waste, while only 3 out of 33 properly dispose of broken glass. The results show that surgical instrumentation technicians and operating room nurses mainly dispose of food waste in green containers and bags. They also correctly implement the procedure for organic waste, sharps, and glass waste. Cleaning staff correctly follows the storage and collection procedure. Contaminated items are disposed of in clearly identified containers and bags, separate from regular waste, while adhering to special sanitary and safety measures. Additionally, waste stored in containers, bags, and bins is temporarily held near its point of generation for a short period. The transportation of disposable hospital waste is handled by 2 employees of a private company. The final treatment and disposal of waste is the responsibility of one person, who

handles incineration and steam autoclave sterilization, but is not responsible for chemical disinfection, sterilization, or inactivation.

Key Words: Hospital waste; operating room; procedure; healthcare workers.

RESUMO

Introdução: A gestão de resíduos hospitalares é um tema de grande importância há décadas na Argentina e na América Latina. Até recentemente, os resíduos eram incinerados em alguns hospitais, dispostos como resíduos comuns ou entregues aos serviços urbanos de coleta. Nos anos 90, começou a haver uma preocupação com a gestão e o destino desses resíduos devido ao advento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) como um problema na área da saúde. Isso resultou na promulgação de leis e decretos que regulamentaram a gestão e determinaram critérios para o manejo intra e extramuros. **Objetivo:** Estabelecer a gestão dos resíduos hospitalares descartáveis na área cirúrgica do Hospital Tránsito Cáceres de Allende da Cidade de Córdoba, julho-dezembro de 2021. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado na área cirúrgica. A população foi composta por 21 cirurgiões de todas as especialidades (cirurgia geral, traumatologia, vascular, urologia, cabeça e pescoço), 12 anestesistas, 10 instrumentadores cirúrgicos, 3 enfermeiros(as) de sala de operação, 3 pessoas do serviço de limpeza e 1 trabalhador de empresa privada, totalizando 50 pessoas. **Resultados:** Os procedimentos de segregação e armazenamento realizados pelos cirurgiões e anestesistas mostraram que, de um total de 33/33, não descartam resíduos alimentares, papéis não recicláveis em contêineres verdes ou sacos verdes, assim como radiografias, partes e equipamentos obsoletos ou fora de uso, em contêineres cinza e sacos cinza. 14/26 implementam corretamente o procedimento para resíduos orgânicos e perfurocortantes. 3/33 realizam a disposição correta de vidros quebrados. Os procedimentos de segregação e armazenamento realizados pelos instrumentadores cirúrgicos e enfermeiros(as) de sala de operação mostraram que, de um total de 13/10, não descartam resíduos alimentares, papéis não recicláveis em contêineres verdes ou sacos verdes, assim como radiografias, partes e equipamentos obsoletos ou fora de uso, em contêineres cinza e sacos cinza. Implementam corretamente o procedimento para resíduos orgânicos e perfurocortantes, incluindo vidros. Os procedimentos de armazenamento e acúmulo realizados pelo pessoal de limpeza mostraram que, de 3 pessoas, 2 realizam corretamente o procedimento. O processo de transporte dos resíduos hospitalares descartáveis na área cirúrgica é privado e realizado por 2 pessoas. O tratamento e disposição final é responsabilidade de 1 pessoa, que realiza a incineração e esterilização por autoclave a vapor, mas não a desinfecção química nem a esterilização ou inativação química. **Conclusão:** Nos procedimentos de segregação e armazenamento, os cirurgiões e anestesistas não descartam resíduos alimentares em contêineres verdes ou sacos verdes; metade implementa corretamente o procedimento para resíduos orgânicos e perfurocortantes; 3 de um total de 33 realizam a disposição correta de vidros quebrados. Os resultados indicam que os instrumentadores cirúrgicos e enfermeiros(as) de sala de operação descartam a maioria dos resíduos alimentares em contêineres verdes e sacos verdes, e implementam corretamente o procedimento para resíduos orgânicos e perfurocortantes, incluindo vidros. O pessoal de limpeza realiza corretamente o procedimento de armazenamento e acúmulo. Os elementos contaminados são dispostos em recipientes e sacos diferentes dos resíduos comuns, claramente identificados e adotando medidas especiais de caráter sanitário e de segurança. O processo de transporte é realizado por 2 pessoas de uma empresa privada que gerencia os resíduos hospitalares descartáveis. O tratamento e disposição final é responsabilidade de 1 pessoa, que realiza a incineração e esterilização por autoclave a vapor, mas não a desinfecção química nem a esterilização ou inativação química.

Palavras-chave: Resíduos hospitalares, sala de operação, procedimento, trabalhadores da Saúde.

INTRODUCCIÓN

La importancia de esta investigación reside en el manejo correcto de residuos en el área quirúrgica. Los establecimientos de salud, generan naturalmente grandes cantidades de desechos, conocidos como Residuos de Establecimientos de Salud (RES, 2001) durante el ejercicio de sus funciones. El espectro de los residuos hospitalarios es amplio y va desde aquellos que pueden ser homologados como residuos domiciliarios que incluye desde el 75 al 90% de los residuos y hasta algunos con características muy particulares que requieren un tratamiento especial, como los infecciosos que abarcan del 10 al 25%. En el medio existen una gran cantidad de materiales utilizados en los procesos de la atención sanitaria y los cuales son posibles de clasificar para su reciclado.

Se tomó como principal referente teórico específico a considerar en este estudio, el documento denominado Residuos Hospitalarios Guía para reducir su impacto sobre la salud y el ambiente (Olivetto, 2007) de una Organización bajo el Programa Salud sin Daño en América Latina, este fue adaptado con referencias y reglamentaciones de la Ciudad de Buenos Aires (APRA, 2024) y de Córdoba, Argentina.

Los residuos comunes o generales: son aquellos asimilables a los domiciliarios, provenientes de áreas administrativas, de limpieza, mantenimiento, depósitos, cocina, bares, kioscos y roperías, entre otros, similares a los denominados “domiciliarios”, en el conjunto de los residuos urbanos.

Algunos ejemplos son: papeles de diarios y revistas, restos de adornos florales de maternidad, envases descartables de bebidas, envases de alimentos, restos de comida; así como papeles de envoltorios de elementos esterilizados, entre otros. Se estima que representan un 85% del total de los RES. (MIACyMA, 2023)

Residuos especiales: son los desechos peligrosos (químicos y radioactivos) que provienen de distintas áreas de atención a la salud y de sectores de mantenimiento. (OMS, 2018)

Los químicos representan aproximadamente el 3% de los residuos de establecimientos de salud y los radioactivos el 2%. Dentro de los residuos especiales se incluyen las drogas quimioterápicas y antineoplásicas, los solventes, el mercurio de instrumentos rotos, soluciones de revelado de radiografías, baterías usadas, medicamentos vencidos, etc. El mercurio contenido en los termómetros es un potente neurotóxico.

Residuos patogénicos o infecciosos: son aquellos residuos que, provenientes de la atención de la salud, presumiblemente puedan presentar características de infecciosidad o actividad biológica que pueda afectar a los seres vivos o el ambiente.

Los residuos infecciosos o patogénicos son aquellos generados en actividades de diagnóstico y tratamiento y que presumiblemente contienen patógenos en cantidad, concentración y virulencia suficiente como para causar daño en humanos, animales o el ambiente.

Es decir, son aquellos residuos que pueden estar contaminados biológicamente (con bacterias, virus, hongos, parásitos) y que pueden representar por su manipulación, un riesgo para la salud y/o daño al ambiente. Es claro que los residuos hospitalarios que pueden señalarse como más riesgosos son los cortopunzantes, es decir, aquellos capaces de cortar y/o penetrar en tejido humano.

Los residuos infecciosos incluyen: Cultivos de agentes infecciosos provenientes del trabajo en laboratorios; Elementos punzantes, que pueden causar heridas por cortes o pinchazo, incluyendo agujas, escalpelos y otros elementos cortopunzantes, cuchillos, sets de infusión, sierras y clavos; Residuos de cirugía y autopsias realizadas a pacientes con enfermedades infecciosas (por ejemplo, tejidos y materiales o equipos que han estado en contacto con sangre u otros fluidos corporales); Residuos patológicos, restos humanos o animales, tales como, tejidos, órganos y sangre; Residuos de pacientes infectados en salas de aislamiento (por ej. excreciones, vendas de heridas infectadas o quirúrgicas, ropa empapada de sangre humana u otros fluidos corporales); Residuos que han estado en contacto con pacientes infectados sometidos a hemodiálisis (por ej. equipos de diálisis como tubos y filtros, toallas descartables, batas, delantales y guantes); Animales de laboratorio infectados, es decir, inoculados con agentes infecciosos. Y Cualquier otro instrumento o material que ha estado en contacto con personas o animales infectados.

El término “patogénico” comenzó a implementarse con el reconocimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la detección de su agente causante, el VIH, en sangre y en fluidos corporales. Esto impuso, aun involuntariamente, la connotación de “peligroso” para todo elemento que manifestara la presencia de sangre fuera del cuerpo, como fuente potencial de enfermedad.

Es necesario un manejo adecuado de los residuos que puedan contagiar enfermedades, especialmente aquellos como agujas y otros objetos cortopunzantes

que pueden introducir al microorganismo directamente en la sangre del potencial huésped.

Las etapas de la gestión integral de los residuos se refieren al conjunto de procedimientos para la eliminación de los residuos de forma segura. Esta gestión amerita a nivel institucional la implementación de un programa y a nivel de consultorio – o un pequeño lugar de atención – un plan de acción.

Todo comienza cuando se produce un residuo, como resultado de una práctica en salud o por el descarte de un material. En la gestión de residuos se llama generador a quien produce residuos como consecuencia de su actividad, ya sea una persona física o jurídica.

La separación de los residuos en su lugar de origen, puede considerarse la etapa más crítica para el cuidado de la salud y la protección del medio ambiente, ya que es el momento en que el trabajador de la salud en tanto generador decide qué circuito va a tener ese residuo.

La segregación es de suma importancia para evitar la propagación de enfermedades a través de los residuos. En esta etapa es necesario determinar con precisión cuáles son los criterios de separación y la capacitación del personal de salud o la del profesional que trabaja en su consultorio, a fin de evitar los errores y las dudas al momento de separar los desechos.

Los elementos cortopunzantes son los que presentan más riesgo de transmisión de enfermedades, porque cuando se descartan, ya han entrado en contacto con fluidos corporales y tienen la capacidad de producir lesiones o cortes en quienes los manipulan (trabajadores de la salud, de limpieza, recolectores, transportistas, etc.). Aquí es de suma importancia la utilización de los insumos adecuados, de buena calidad y que cumplan estrictamente con las normas de bioseguridad, en este caso, los descartadores de elementos cortopunzantes.

El descarte de los desechos de vidrio debe realizarse en recipientes de plástico rígidos, que resista la humedad y no se rasgue, para evitar el peligro de cortes directos en los operadores de residuos o de perforaciones en la bolsa. En la Ciudad de Buenos Aires la segregación de estos residuos va en bolsa roja o negra y se usa el criterio de patogenicidad: si el desecho contiene material biológico capaz de transmitir agentes patógenos, debe ir a bolsa roja. Si, por el contrario, contiene material no patogénico, se descarta en bolsa negra dentro de su recipiente contenedor. (APRA., 2024)

Para los residuos sólidos y los descartadores de cortopunzantes una vez llenos y cerrados se utilizan bolsas plásticas. En nuestro país la legislación indica que se usan bolsas negras para los desechos asimilables y bolsas rojas para los patogénicos.

Los residuos radiactivos se almacenan en recipientes especificados por la Autoridad Regulatoria Nuclear, en forma separada del resto de los residuos especiales, con recolección y tratamientos particulares. Dicha autoridad determina los tiempos de espera para el decaimiento de la actividad radioactiva de cada residuo y las medidas de seguridad necesarias para cada caso.

Los residuos oncológicos requieren de un tratamiento especial ya que son residuos peligrosos. La separación adecuada en los servicios donde se manejan requiere el uso de bolsas y recipientes para su almacenamiento y recolección por parte de operadores que traten adecuadamente este tipo de desechos desactivándolos. Se desaconseja en la práctica habitual disponerlos en bolsas rojas y tratarlos como materiales patogénicos.

Los residuos líquidos peligrosos se generan principalmente en los servicios de Radiología (revelador y fijador), Anatomía Patológica (solventes orgánicos, ácidos, colorantes), Laboratorios de Análisis de distintas especialidades (reactivos, solventes orgánicos, ácidos, colorantes), Cirugía (glutaraldehído, formol), entre otros. El revelador y fijador de radiodiagnóstico constituyen entre un 60 y un 80% de los líquidos peligrosos, en las grandes y medianas instituciones de salud.

Con respecto a los fluidos corporales líquidos quepan algunas aclaraciones: la sangre es considerada por las leyes como residuo patogénico y los demás fluidos (orina, heces, esputo) son considerados excretas.

Los fluidos corporales no son necesarios que se traten como si fueran líquidos peligrosos. Estos residuos deben ser descartados en piletas o chateros conectados adecuadamente al sistema cloacal, como las excretas domiciliarias, ya que por esta vía no tienen contacto con la superficie y si fluyen a cursos de agua son diluidos y luego deben pasar por filtros y sistemas de potabilización, antes de que, el agua sea distribuida para el consumo humano.

Es el acopio de los residuos por un breve período, en lugares cercanos a los puntos de generación. Se llama almacenamiento primario al que se realiza inmediatamente después de la segregación, en recipientes que se encuentran en consultorios, offices, y espacios contiguos a la práctica de salud.

El descartador para cortopunzantes se dispone, una vez lleno y cerrado adecuadamente (el material no debe sobresalir, las bocas y ranuras deben estar completamente selladas) en el recipiente que contiene la bolsa roja.

Las bolsas se cierran y los recipientes se vacían cuando han alcanzado las $\frac{3}{4}$ partes de su llenado, lo que permite el cierre adecuado y seguridad para el manipulador. Para esta tarea se utilizan precintos plásticos, de modo que no se pueda volver a abrir la bolsa una vez precintada.

Por otra parte, este almacenamiento inmediato de residuos, no debe permanecer más de 24 horas, para lo cual, debe asegurarse su retiro, cerrado y rotulado de bolsas.

Para el almacenamiento de los líquidos peligrosos deben tenerse en cuenta algunos recaudos: no se deben mezclar sustancias diferentes; deben utilizarse bidones de material plástico resistente, adecuados al volumen de generación de cada sector productor y estar claramente identificados; el personal que manipula debe recibir instrucciones precisas sobre el manejo seguro de los líquidos (no mezclar, no acercarse al cuerpo, no inhalar, no volcar, utilizar guantes, antiparras y barbijo, entre otros) y también deben ser rotulados los bidones con el nombre del servicio o sector de procedencia y fecha de descarte.

Es el traslado de los residuos acumulados, en carros y/o recipientes con movilidad y con las debidas normas de bioseguridad, que se hace en los establecimientos de salud grandes y medianos, desde los puntos de generación y almacenamiento intermedio hasta el recinto de almacenamiento final.

Para la recolección y el transporte interno, los operadores deben tener presentes algunos cuidados: deben hacerlo con ropa de trabajo adecuada, usar delantal impermeable, guantes industriales con protección, barbijos y antiparras, y lavarse las manos al finalizar el procedimiento. Deben evitarse arrastrar bolsas y bidones por el suelo, así como sostener, apoyar o presionar los mismos sobre el cuerpo.

Es recomendable que el transporte se realice en horarios en los que haya la menor afluencia posible de pacientes y de personal, coordinándose a su vez con las necesidades de cada sector. También es deseable que no se superponga con el traslado de pacientes o de elementos como insumos, muestras de laboratorios o comidas.

Como parte del programa de gestión debe incorporarse la ruta de recolección, que estará fijada de antemano. Deben ponerse contenedores en cantidad suficiente, con tapa y manija de empuje, montados sobre ruedas.

Los carros de transporte deben ser de tracción manual, llevar la identificación correspondiente y estar destinados exclusivamente al transporte de residuos. El operador encargado de esta tarea estará abocado exclusivamente a la misma mientras la realiza. Cuando se completa la recorrida, los carros se limpian y se desinfectan.

En la institución esta etapa implica el almacenamiento en un local apropiado o en los recipientes pertinentes, a la espera de que sean retirados para su tratamiento. Según las normativas vigentes, estos espacios de acopios de residuos patogénicos: deben ser seguros, resguardando los residuos de factores climáticos y la presencia de terceros; deben ser accesibles para el transporte interno y para la recolección externa; deben estar debidamente identificados como local de acopio de residuos y ser de uso exclusivo para este fin; debe permanecer siempre visiblemente limpio y ser higienizado luego de cada recolección o de acuerdo a necesidades y debe tener sectores claramente diferenciados para el almacenamiento de distintos residuos peligrosos y patogénicos.

Cuando salen del hospital, es decir el transporte que se realiza desde el centro sanitario o consultorio hasta la planta de tratamiento. Esta instancia de la gestión del residuo también está reglamentada en cuanto a las características que deben cumplir los camiones de transporte y sus operadores, registrados y controlados por la autoridad de aplicación de las leyes vigentes.

El tratamiento final, es decir la destrucción y transformación de los residuos. Existen distintos tipos, los más utilizados en la actualidad son la incineración y la esterilización por autoclave a vapor. Por otra parte, se utilizan en el mundo y en menor cantidad, la desinfección química (con distintas sustancias desinfectantes), esterilización con gas, inactivación térmica (con calor seco), irradiación, microondas, etc.

La incineración de los residuos hospitalarios es una importante fuente de generación y emisión al ambiente de contaminantes tales como dioxinas, furanos, metales pesados, gases ácidos y materiales particulados. Todas estas emisiones, en mayor o menor medida, son dañinas para el medio ambiente y la salud. Los incineradores de residuos médicos son también una importante fuente de mercurio para el ambiente. En general en nuestro país, los residuos líquidos peligrosos reciben como tratamiento la incineración.

Es la etapa de cierre de la gestión de residuos. Consiste en el camino elegido para depositar definitivamente los residuos tratados. En la legislación nacional vigente y en las de algunas provincias, la disposición se hace en los rellenos sanitarios o en sitios acondicionados para este fin.

Una vez finalizado el ciclo, el generador recibe un manifiesto, con la inclusión de los datos de todos los responsables intervinientes, que certifica el correcto tratamiento y disposición final de sus residuos.

El objetivo de esta investigación fue establecer el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba.

Los aportes de esta investigación buscan realizar la trazabilidad de estos con el fin de optimizar su utilización y posterior aprovechamiento alternativo de reciclajes para algunos y el destino final en lugares adecuados para los que no pueden ser reciclados y de esa manera resguardar y proteger la salud humana y el medio ambiente.

Para lograr un resultado óptimo, es necesario trabajar en la gestión de estos y en la educación de los agentes sanitarios tratando de evitar o reducir, como sea posible, la infección y la contaminación ambiental originada a causa de los residuos en establecimientos de salud.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El período del estudio fue de julio a diciembre de 2021 en un Hospital Público de la Ciudad de Córdoba.

La población en estudio se conformó por 21 cirujanos de todas las especialidades (cirugía general, traumatología, vascular, urología, cabeza y cuello), 12 anestesiistas, 10 instrumentadores quirúrgicos, 3 enfermeros/as de quirófano, 3 personal de limpieza, 1 personal de la empresa de retiro y procesamiento de residuos, sumando un total de 50 personas. No se trabajó con muestra.

Los criterios de inclusión fueron: Personal del área quirúrgica, que se encuentre desempeñando funciones en el área y que acepte participar del estudio.

Los criterios de exclusión fueron: Personal que desempeñe sus actividades en el área de manera ocasional y que no acepte participación voluntaria en el estudio.

La fuente utilizada fue primaria y la técnica elegida la observación.

El instrumento de recolección de datos, una lista de cotejo con indicadores a observar y que respondían a las variables estudiadas.

Se solicitó permiso a las autoridades de la institución, como así también, a los participantes a través del consentimiento informado.

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de personal Área Quirúrgica. Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021.

Personal del Area Quirúrgica	Frecuencias	Porcentajes (%)
Cirujanos	21	35
Anestesiastas	12	25
Instrumentadores	10	23
Enfermeros de Cirugía.	3	7
Personal de limpieza	3	7
Personal de empresa	1	3
TOTAL	50	100

Fuente: Lista de cotejo

Comentario: La caracterización de la población estudiada fue, que el 60% del personal sanitario en quirófano estuvo representado mayoritariamente por cirujanos de diversas especialidades y médicos anestesiastas.

Cuadro 1

Procedimientos de segregación y almacenamiento utilizados en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica de cirujanos y anestesiistas. Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021.

Procedimientos de segregación y almacenamiento	SI	NO
Descarta los residuos alimenticios, papeles no aptos para reciclaje, y los dispone en contenedores verdes y bolsas verdes.	-	33
Las radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, entre otros, se encuentran en contenedores grises y bolsas grises.	-	33
Los vidrios rotos proveniente de elementos de laboratorio, frascos, botellas, entre otros, se hallan en cajas de cartón y bolsas grises.	3	30
Los residuos sólidos de oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías y demás áreas de uso general están en contenedores verdes y bolsas verdes.	14	19
Los residuos que contienen microorganismos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos son tratados y descartados en contenedores rojos identificando su peligrosidad.	14	19
Los desechos provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales, u otros, son tratados y descartados en contenedores rojos identificando su peligrosidad.	12	21
Las agujas, cuchillas, resto de ampollitas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio y cualquier otro elemento que por sus características cortopunzantes pueda lesionar y ocasionar un riesgo infeccioso son tratados y descartados en contenedores rojos identificando su peligrosidad.	14	19

Comentario: Los procedimientos de segregación y almacenamiento que realizan los cirujanos y anestesiistas muestran que de un total de 33/33 no descartan los residuos alimenticios, papeles no aptos para reciclaje en contenedores verdes

ni bolsas verdes, del mismo modo radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, en contenedores grises y bolsas grises. 14/33 implementan el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortantes. 3/33 realiza disposición correcta de vidrios rotos.

Cuadro 2

Procedimientos de segregación y almacenamiento utilizados en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica de instrumentadores quirúrgicos y enfermeras/os de quirófano. Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021.

Procedimientos de segregación y almacenamiento	SI	NO
Descarta los residuos alimenticios, papeles no aptos para reciclaje, y los dispone en contenedores verdes y bolsas verdes.	-	13
las radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, entre otros se encuentran en contenedores grises y bolsas grises.	-	13
Los vidrios rotos proveniente de elementos de laboratorio, frascos, botellas, entre otros, se hallan en cajas de cartón y bolsas grises.	9	4
Los residuos sólidos de oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías y demás áreas de uso general se colocan en contenedores verdes y bolsas verdes.	1	12
Los residuos que contienen microorganismos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos son tratados y descartados en contenedores rojos identificando su peligrosidad.	13	-
Los desechos provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales, u otros son tratados y descartados en contenedores rojos identificando su peligrosidad.	13	-
Las agujas, cuchillas, resto de ampolletas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio y cualquier otro elemento que por sus características cortopunzantes puedan lesionar y ocasionar un riesgo infeccioso son tratados y descartados en contenedores rojos identificando su peligrosidad.	13	-

Comentario: Los procedimientos de segregación y almacenamiento que realizan los instrumentadores quirúrgicos y enfermeros/as de quirófano muestran que, de un total de 13/10 no descartan los residuos alimenticios, papeles no aptos para reciclaje en contenedores verdes ni en bolsas verdes, del mismo modo radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, en contenedores grises y bolsas grises. Implementa el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortante incluidos vidrios.

Cuadro 3

Procesos de almacenamiento y acopio utilizados en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica. Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021.

Procesos de almacenamiento y acopio	SI	NO
Los elementos contaminados se disponen en recipientes y bolsas distintas a las de los residuos ordinarios, claramente identificados y observando medidas especiales de carácter sanitario y de seguridad.	2	1
Los residuos, en recipientes, bolsas, tachos contenedores son acopiados por un breve período, en lugares cercanos a los puntos de generación.	2	1

Comentario: Los Procedimientos de almacenamiento y acopio que realiza el personal de limpieza, de 3 personas, 2 realizan correctamente el procedimiento.

Cuadro 4

Proceso de transporte utilizados en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica. Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021.

Proceso de transporte	SI	NO
Institucional: los residuos se llevan desde el punto de generación al punto de acopio en forma directa, mediante la ruta más corta y habilitada para tal fin.	-	2
Privado: cuenta con la contratación de una empresa prestadora de servicios de retiro, tratamiento y disposición final de residuos patogénicos.	2	-

Comentario: El proceso de transporte realizado en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica es privado y es realizado por 2 personas.

Cuadro 5

Actividades de tratamiento y disposición final realizadas en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el Área Quirúrgica. Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba, julio-diciembre de 2021.

Actividades de tratamiento y disposición final	S I	N O
Realiza la incineración y la esterilización por autoclave a vapor de los residuos según normas establecidas.	1	-
Realiza la desinfección química (con distintas sustancias desinfectantes) según normas establecidas.	-	1
Utiliza la esterilización con gas, inactivación térmica (con calor seco), irradiación, microondas para aquellos residuos que requieren del tratamiento previo.	-	1

Comentario: El tratamiento y disposición final es responsabilidad de 1 persona quien realiza la incineración y la esterilización por autoclave a vapor, no así la desinfección química ni la esterilización o inactivación química.

DISCUSIÓN

El manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica es crucial para garantizar la seguridad de los pacientes, del personal de salud y del medio ambiente.

Los resultados obtenidos en esta investigación respetan las recomendaciones internacionales (OMS, 2022) y nacionales (MSPN, 2004) sobre los procedimientos de segregación, manejo, transporte, acopio y tratamiento de los residuos descartables en el área quirúrgica.

La literatura disponible resalta la necesidad de realizar auditorías regulares para evaluar el cumplimiento de los procedimientos y realizar mejoras continuas en el manejo de residuos. (Villarés, 2023)

Estos procedimientos son esenciales para minimizar los riesgos asociados al manejo de residuos hospitalarios en el área quirúrgica y para cumplir con las normativas de salud pública y medio ambiente. (Rosales, et. al,2023)

CONCLUSIÓN

El personal del área quirúrgica, en un 60% estuvo representado por cirujanos de diversas especialidades y médicos anestesistas, 53% mujeres y sus rangos de edades fueron de 30 a 49 años.

Los procedimientos de segregación y almacenamiento que realizan cirujanos y anestesistas muestran que no descartan los residuos alimenticios en contenedores verdes ni bolsas verdes, que 14/33 implementan el procedimiento correctamente para residuos y desechos orgánicos y punzocortantes, que 3 de un total de 33 personas entre cirujanos y anestesistas realizan disposición correcta de vidrios rotos, referidas a la misma dimensión, los resultados indican que los instrumentadores quirúrgicos y enfermeros/as de quirófano de un total de 13, 10 no descartan los residuos alimenticios en contenedores verdes ni en bolsas verdes, pero sí implementan procedimientos correctos para residuos y desechos orgánicos y punzocortantes incluidos vidrios.

Los procedimientos de almacenamiento y acopio que realiza el personal de limpieza, de 3 personas, 2 realizan correctamente el procedimiento. Los elementos contaminados son dispuestos en recipientes y bolsas distintas a las de los residuos ordinarios, claramente identificados y observando medidas especiales de carácter sanitario y de seguridad, como así también, los residuos en recipientes, bolsas, tachos y contenedores son acopiados por breves períodos, en lugares cercanos a los puntos de generación.

El tratamiento y disposición final es responsabilidad de 1 persona quien realiza la incineración y la esterilización por autoclave a vapor, no así la desinfección química ni la esterilización e inactivación química. El proceso de transporte realizado en el manejo de los residuos hospitalarios descartables en el área quirúrgica es privado y realizado por 2 personas.

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados a las autoridades institucionales, personal del área quirúrgica y colegas.

Generar un plan de acción o un programa de gestión donde la temática se instale como prioritaria en los profesionales que allí trabajan.

Difundir el tema e integrarlo en la capacitación del personal, ya que, el manejo de residuos involucra al conjunto de la institución y formar equipos o comités que se dediquen a la organización de esta gestión.

Publicar lo investigado para sumar conocimientos en el área, con el fin de contribuir en las intervenciones de mejora en los aspectos más relevantes.

Realizar estudios de investigación desde otros enfoques para contribuir con aportes a futuros investigadores, ya que, actualmente son escasos los trabajos realizados.

REFERENCIAS

Argentina. Ministerio del Interior. Ambiente Control y Monitoreo Ambiental. (2023). *Sustancias, productos y residuos peligrosos. Red Intergubernamental de Químicos y Desechos*. Argentina.gov.ar. [sitio web]. <https://www.argentina.gob.ar/interior/ambiente/control/acuerdos/red>

Dirección General de Redes y Programas de Salud. Coordinación de Residuos Patogénicos. Ministerio de Salud – GCBA / OMS. (2001). *NORMA IRAM 80059*. [documento on line]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestionresiduos/archivos/norma_80059.pdf

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. Secretaría de Ambiente - Agencia de Protección Ambiental (APRA). (2024). *Residuos Patogénicos*. [sitio web]. <https://buenosaires.gob.ar/tramites/residuos-patogenicos>

Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina. (2004). *Resolución 608/2004*. Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Patología (Anatomía Patológica) y Laboratorios de Patología (Anatomía Patológica). Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-608-2004-96319/texto>

Olivetto, A. B. (cols.). (2007). *Residuos Hospitalarios. Guía para reducir su impacto sobre la Salud y el Ambiente*. Organización: Salud sin daño-América Latina. Segunda edición octubre de 2007. Buenos aires. <https://lac.saludsindanio.org/media/4049/download?inline=1>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Desechos de las actividades de atención sanitaria*. [sitio web]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>

- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Gestión segura de los residuos de la atención de salud. Resumen*. OMS, Ginebra (Suiza). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352327/WHO-FWC-WSH-17.05-spa.pdf>
- Rosales Infantes, Roberto Antonio, Calvo Gastañaduy, Carola Claudia, & Santa Cruz Terán, Flor Fanny. (2023). *Manejo de residuos sólidos hospitalarios y riesgo laboral del enfermero*. Revista Científica de Salud UNITEPC, 10(2), 17-25. Epub 01 de diciembre de 2023. <https://doi.org/10.36716/unitepc.v10i2.628>
- Tello, P., Henriquez, C., Astorga, I. y Rihm, A. (2021). *Hospitales + limpios. Guía para la gestión de residuos en establecimientos de salud*. Catalogación en la fuente proporcionada por Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). [Documento en línea]. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Hospitales-limpios-guia-para-la-gestion-de-residuos-en-establecimientos-de-salud.pdf>.
- Villarés, V. V. V., & Yáñez, S. A. V. (2023). *Gestión de residuos hospitalarios*. *Revista de Investigación TALENTOS*, 10(1), 91-103.

VIVENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PEDIÁTRICO

NURSES' EXPERIENCES IN SUPPORTING FAMILIES DURING A PEDIATRIC CANCER DIAGNOSIS

VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NO ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PEDIÁTRICO

Autoras: Gómez, Ivana Celeste¹ y Gutiérrez, Hilda Noelia²

RESUMEN

Introducción: el cáncer, es un problema de salud pública a nivel mundial. En Argentina se diagnostican aproximadamente 1.400 casos anuales en niños menores de 15 años. El rol de Enfermería en el área de pediatría se basa en los cuidados centrados en la familia, los niños precisan de la familia en todo momento y que la familia precisa de ellos para afrontar y superar juntos la enfermedad. El enfermero profesional apoya emocionalmente, brinda amor, cariño, practica la empatía para entender al paciente y familia y anima a crear una red de vínculos. Se planteó como **objetivo:** comprender las vivencias de las enfermeras en el acompañamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer pediátrico. **Metodología:** diseño de investigación cualitativo, fenomenológico, interpretativo. Estudio realizado a enfermeras del área de pediatría en Institución Privada de salud, periodo mayo-agosto de 2022. Los resultados surgen por la saturación de los datos recabados de las entrevistas, las mismas de modalidad abierta, con consentimiento firmado de las participantes, junto a notas de campo y grabadora de voz. **Resultados:** los hallazgos, pudieron establecerse a partir de los objetivos que se plantearon; los mismos fueron: tristeza e impotencia sentida por el profesional de enfermería en el diagnóstico de cáncer pediátrico, como también limitaciones de autocontrol emocional al ponerse en el lugar del otro y la indiferencia sentida en la comunicación interdisciplinar. **Conclusiones:** el estudio nos permitió visualizar al personal de enfermería que desarrolla la labor en el servicio de pediatría con diagnósticos de cáncer, que se ven expuestas en momentos y situaciones en donde se aplican mecanismos para afrontar dichos escenarios, tal como que un niño tiene probabilidades de una muerte adelantada en el tiempo. Por otro lado, reflejó las características de la carga emocional que se genera en el cuidado y en el acompañamiento de la familia frente al diagnóstico.

Palabras claves: Oncología, pediatría, enfermería, adaptación, rol enfermero, familia.

Fecha de recepción: 22 de diciembre 2023. Fecha de aceptación: 25 de febrero 2024.

1. Enfermera Profesional. Sanatorio Allende. Contacto: ivana.celeste.gomez@mi.unc.edu.ar
<https://orcid.org/0009-0007-6450-0388>

2. Enfermera Profesional. Sanatorio Allende. Contacto: noelia.gutierrez@mi.unc.edu.ar <https://orcid.org/0009-0004-3762-1975>

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a global public health issue. In Argentina, approximately 1,400 cases of pediatric cancer are diagnosed each year in children under 15. The role of nursing in pediatrics focuses on family-centered care, where children constantly need their families, and families need them to navigate and overcome the disease together. The professional nurse provides emotional support, love, and affection, practicing empathy to understand both the patient and their family, while encouraging the creation of a support network. **Objective:** To understand the experiences of nurses in supporting families faced with a pediatric cancer diagnosis. **Methodology:** The research followed a qualitative, phenomenological, and interpretative design. This study was conducted with nurses from the pediatrics department of a private healthcare institution, from May to August 2022. The results were derived from the saturation of data gathered through open-ended interviews, as well as field notes and voice recordings. Participants provided signed informed consent. **Results:** The findings aligned with the objectives set. Findings: Sadness and helplessness felt by nursing professionals when faced with a pediatric cancer diagnosis, limitations in emotional self-control when empathizing with others, and indifference perceived in interdisciplinary communication. **Conclusion:** This study allowed us to understand the nursing staff working in pediatric services with pediatric cancer diagnoses, who are exposed to situations where they employ coping mechanisms, such as dealing with the possibility of a child's early death. Additionally, it highlighted the emotional burden generated in both the care provided and the support given to families when faced with the diagnosis.

Key Words: Oncology; pediatrics; nursing; adaptation; nursing role; family.

RESUMO

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública a nível mundial. Na Argentina, são diagnosticados aproximadamente 1.400 casos anuais em crianças menores de 15 anos. O papel da enfermagem na área de pediatria é baseado nos cuidados centrados na família, as crianças precisam da família em todos os momentos e a família precisa delas para enfrentar e superar juntos a doença. O enfermeiro profissional apoia emocionalmente, oferece amor, carinho, pratica a empatia para entender o paciente e a família e incentiva a criar uma rede de vínculos. **Objetivo:** Compreender as vivências das enfermeiras no acompanhamento da família diante do diagnóstico de câncer pediátrico. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, fenomenológica, interpretativa. Estudo realizado com enfermeiras da área de pediatria em Instituição Privada de saúde, no período de maio-agosto de 2022. Os resultados surgem da saturação dos dados coletados nas entrevistas, que foram abertas, com consentimento assinado pelas participantes, juntamente com notas de campo e gravador de voz. **Resultados:** Os achados puderam ser estabelecidos a partir dos objetivos propostos; foram eles: tristeza e impotência sentida pelo profissional de enfermagem no diagnóstico de câncer pediátrico, assim como limitações de autocontrole emocional ao se colocar no lugar do outro e a indiferença sentida na comunicação interdisciplinar. **Conclusões:** O estudo nos permitiu visualizar o pessoal de enfermagem que trabalha no serviço de pediatria com diagnósticos de câncer, que são expostos em momentos e situações onde aplicam mecanismos para enfrentar esses cenários, como a probabilidade de uma morte precoce de uma criança. Por outro lado, refletiu as características da carga emocional que se gera no cuidado e no acompanhamento da família diante do diagnóstico.

Palavras-chave: Oncologia, pediatria, enfermagem, adaptação, papel do enfermeiro, família.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) destaca que las enfermedades onco-hematológicas son la segunda causa de muerte en los niños.

En Argentina se diagnostican aproximadamente 1.400 casos anuales, en niños menores de 15 años. Los avances científicos de los últimos años dieron lugar a mejoras en el diagnóstico y el tratamiento, aunque sigue siendo un problema serio de salud pública. Entre 2000 y 2004 la sobrevivida promedio era de 3 años en niños de 0 a 15 años, se ubicaba en torno del 63%. Mientras que entre 2010 y 2014 esta tasa aumentó al 72%, lo que implica una mejora de 9%.

En los países de ingresos altos, más del 80% de los niños con cáncer se curan, pero en muchas naciones de ingresos medianos y bajos la tasa de curación es menor y puede ser de apenas el 20%. La diferencia entre los países radica en la demora del diagnóstico, la dificultad en la derivación médica oportuna en tiempo y forma, sumando las complicaciones en el tratamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

La mayoría de los tipos de cáncer infantil se puede tratar con medicamentos, cirugía, radioterapia y quimioterapia. El diagnóstico precoz es fundamental para acrecentar las probabilidades de tener un pronóstico propicio. Esta enfermedad puede causar síntomas un poco inespecíficos y atribuirse que se está frente a otra patología, especialmente en el niño. Los signos que aparecen con más frecuencia al inicio son dolor, cansancio, palidez, fiebre, cefalea, vómitos, malestar generalizado y pérdida del apetito (Henaó Valencia, et al., 2019).

Al inicio, el servicio de internación pediátrica/oncológica, contaba con disponibilidad a la atención de pacientes en debut leucémico o pacientes en tratamiento quimioterápico. Debido a la demanda de internaciones y nuevos ingresos derivados desde otras provincias por cobertura, se determina que los pacientes deben ser ingresados a los servicios de clínica médica pediátrica, ya que este cuenta con habitación amplia individual, baño privado, cama-sofa para acompañante, sistema de oxígeno central, monitoreo, continuo acompañamiento de personal de enfermería y médico pediatra.

Las funciones que desempeñan las enfermeras en el área de pediatría donde se recepta paciente de Oncopediatría, entre otras, son las siguientes: recepción del paciente en sala, identificación con chequeo de datos, pesaje, información a padres sobre normas del servicio, aviso de arribo a servicio médico.

Cada semana se rota por las diferentes áreas del servicio de Peri-Neonatología, aplicando el conocimiento especializado junto a personal médico con protocolo de intervención unificado, para satisfacer las necesidades particulares de los niños, con estrecha colaboración de las familias y cuidadores.

Con los hallazgos actuales, sobre el afrontamiento y la adaptación en cuidadores de personas con enfermedad crónica, generando interés desde el cuidado de enfermería, por comprender las respuestas humanas que se originan en las vivencias de afrontamiento que presentan estas personas. Con respecto al proceso de afrontamiento y adaptación, Callista Roy plantea que las personas como sistemas adaptativos multidimensionales, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante (Campiño Valderrama, et. al, 2016).

Los profesionales de enfermería juegan un papel importante en el cuidado de los pacientes actuando como intermediario entre el niño-familia y el equipo interdisciplinario de salud. Debido al desarrollo de la enfermería como disciplina, esto incrementa el avance de la profesión oncológica y la contribución real a la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento del cáncer, permitiendo brindar servicios de enfermería integrales y de alta calidad.

La capacidad de reconocer los sentimientos del otro o ponerse en el lugar del otro, que es la empatía, hace que las enfermeras sean más sensibles a los sentimientos de los niños y los miembros de la familia. La empatía constituye la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona. Por lo tanto, no es un sentimiento, sino una actitud de la que se derivan diversos sentimientos (Tamayo Giraldo et. al, 2017).

Las estrategias son todas las acciones que las enfermeras pueden desarrollar en el entorno laboral para ayudar en el post diagnóstico del cáncer. Establecer una relación con sinceridad y confianza, hace que el ejercicio profesional sea congruente con el paciente, especialmente cuando se trata de un niño, por lo que el enfermero irá más allá del trabajo productivo, ya que logrará trascender la rigidez del tratamiento y de las expectativas del rol, así obtener la confianza del miembro de la familia que lo acompaña (Neris, et. al, 2021).

El presente trabajo incluye comprender las vivencias de las enfermeras del servicio cuando sucede la confirmación del diagnóstico. Cuando el niño es hospitalizado, realiza un traslado de su mundo y vida cotidiana a este entorno. El hospital se convierte en un nuevo entorno familiar, mientras realice las actividades de descanso, alimentación, ocio e interacción con el equipo médico. Debemos entender que el hospital no es el entorno natural para ellos,

pueden surgir sensaciones extrañas de adaptación, que lleve a provocar inquietudes y angustias.

Teniendo en cuenta lo que con anterioridad se expone, sumado al análisis con la búsquedas bibliográficas y la experiencia laboral en oncología pediátrica de ambas autoras del presente trabajo, hubo diferentes interrogantes: ¿Cómo y qué estrategias podemos brindar para el equipo de enfermería en el abordaje a la familia con un niño con diagnóstico de cáncer? ¿Cómo abordar con eficacia los objetivos de cuidado-atención del equipo de Enfermería al tratar a la familia de paciente pediátrico con diagnóstico de cáncer? Interrogantes que definen el interés por: Comprender las vivencias de las Enfermeras en el acompañamiento de la familia frente al diagnóstico de Cáncer Pediátrico.

Los objetivos específicos que se plantearon fueron: Indagar las emociones y sentimientos respecto de las vivencias de las enfermeras de participación en el diagnóstico de cáncer; explorar desde la perspectiva de las enfermeras cómo vivencian el cuidado que brindan a la familia; develar si las vivencias contribuyen a reforzar el desarrollo profesional en el ámbito de Enfermería pediátrica.

ENCUADRE METODOLÓGICO

El trabajo de investigación fue realizado en carácter cualitativo, abordaje que permite responder interrogantes, como los significados e intencionalidades atribuidos a las acciones y relaciones humanas, dirige la comprensión de las manifestaciones del objeto de estudio.

Las participantes de la investigación fueron enfermeros profesionales que desempeñan su labor dentro del servicio de Perinatología, en su totalidad mujeres, con antigüedad de tres a nueve años en la institución y de permanencia en el servicio de perinatología. Las entrevistas fueron realizadas dentro de la Institución privada de salud, en el office de enfermería, según la disponibilidad de horarios y carga laboral, cabe mencionar que los encargados de cada turno del servicio realizaron el papel de porteros, facilitando el espacio físico para poder llevar a cabo las entrevistas.

Como se hace mención anteriormente, se llevó a cabo en una Institución Privada de Salud, ubicada en la capital de la Provincia de Córdoba, Argentina. La misma cuenta con gran variedad de especialidades tanto en el área de consultorios como en internación, dentro de esta se encuentran los servicios donde se brinda atención a los pacientes pediátricos afectados por enfermedades oncológicas, ya sea

dentro del servicio de Oncohematología de Pediatría o Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

Antes del ingreso al campo surgieron algunos imprevistos, como la cantidad de personas para entrevistar, retraso en la autorización de ingreso al campo como investigadoras, lo que ocasionó demora en llevar a cabo las entrevistas y la producción de dicho trabajo.

La técnica de recolección de información se realizó a través de entrevista abierta, conducidas mediante respuestas de los entrevistados, para poder conocer los significados y sentidos que atribuyen a su experiencia, obteniendo así los resultados directamente de la realidad compartida de las investigadoras con las entrevistadas. Se utilizó el teléfono portátil personal como grabadora, contando con la autorización previa de los entrevistados, y luego transcritas a un documento de Word para su análisis.

El análisis de la información recolectada se realiza a través de la reproducción de las entrevistas, transcribiendo grabaciones, convirtiendo las mismas en texto, con el fin de revisar las veces que sea necesario. En este proceso participaron las autoras de la investigación, donde identificaron unidades de análisis, generando categorías y dimensiones, lo que permitió descubrir las conexiones en común, dando una descripción del fenómeno a partir del estudio.

RESULTADOS

Los hallazgos fueron organizados en función de los objetivos específicos, los mismos inician con una definición de la categoría encontrada, acompañadas por las narrativas de los participantes y las observaciones del trabajo de campo, con un análisis del contexto de los resultados.

Las participantes fueron enfermeras del servicio de perinatología, profesionales técnicas y una licenciada en enfermería, el promedio de edad fue entre los 30 y 40 años, todas se desempeñan en funciones operativas, con una antigüedad de entre 3 a 5 años.

Las enfermeras oncológicas en sus prácticas profesionales de cuidados experimentaron reacciones efusivas. En primer lugar, las emociones, un conjunto complejo de respuestas que forman un patrón instintivo; un sentimiento es la forma en que Damasio (2003) lo posiciona, como la percepción de un determinado estado del cuerpo, así como una forma de pensar sobre un tema específico.

Para el primer objetivo del estudio que fue indagar los sentimientos y emociones de los enfermeros involucrados en la experiencia del diagnóstico de cáncer, una de las categorías que emergió fue: **La tristeza de los enfermeros antes del diagnóstico informado**, la tristeza es un estado de ánimo caracterizado por las emociones, puede ayudar a las personas a expresar o comunicar eventos como la pérdida o la decepción, promover la reflexión y el autodescubrimiento, ya que brinda alivio (Corbella, 1994).

Narrativas que sustentan la categoría:

“...me genera una situación de no entender, me genera tristeza ver a esa familia...”. (L.G.)

(D.T.): *“me pone mal, triste...por el hecho de, por decir “alguna indicación médica” que no podemos cumplir ... no sé .. ”...*

(S.P.): *“tratas con los años ... con los años que uno lleva viviendo esto .. no te afecte .. pero es casi imposible ... como no ponerte triste ... no pensar en todo lo que va a tener que vivir ese niño ... y cuando sabes que el pronóstico no es nada bueno ... es más fuerte...”*

La tristeza es parte de un proceso importante para comprender la función de supervivencia humana (Damasio, 2016), y en las narrativas el papel social de las enfermeras es cuidar, mientras se entrelazan sentimientos personales y únicos de pertenencia. Las enfermeras se destacan en la interacción con personas que comparten el objetivo común de lograr la salud física y mental. Esto hace referencia al modelo de adaptación de Callista Roy, en el que afirma que la capacidad de adaptación de una persona depende de los estímulos a los que está expuesta.

El nivel de adaptación depende de los estímulos y al mismo tiempo, reiteramos que los humanos tenemos cuatro tipos o medios de adaptación: adaptación fisiológica, adaptación del autoconcepto, adaptación del desempeño funcional y adaptación de la interdependencia. Así, aunque la tristeza es una emoción negativa, tiene un aspecto adaptativo que favorece la expresión y favorece la conexión con los demás, preparando al individuo para afrontar el estrés (Corbella, 1994, Martínez et al, 2007)

Los enfermeros brindan cuidados de enfermería humanizados al enfrentar diversas situaciones realistas complejas durante la implementación del cuidado. Dado el entorno en el que viven, tendrán reacciones emocionales como

la ansiedad, y se requiere un drenaje emocional para lidiar con ellas (Rengifo de Vargas, 2021).

La mentalidad del cuidador es importante, al igual que la calidad de la atención brindada. También se puede mostrar al final de cada entrevista, permitiéndole volver a contar su experiencia, creando un espacio apropiado para compartir su vivencia antes del diagnóstico y reduciendo la carga emocional de todos. En este contexto, las investigaciones coinciden en que se necesita una preparación emocional detallada y la capacidad de desarrollar habilidades sociales y de comunicación para ayudar a las enfermeras a mantener sus responsabilidades en el lugar de trabajo, ya que, para Rengifo de Vargas, los comportamientos que suelen ser constructivos, pueden limitar el desarrollo profesional y generar conflictos emocionales (Rengifo de Vargas, 2021).

La segunda categoría encontrada, fue *la impotencia sentida por el profesional de enfermería en el diagnóstico de cáncer pediátrico*, antes de continuar es oportuno enunciar el significado de la impotencia, esta es el dolor emocional de no poder remediar una situación o circunstancia desagradable. En la práctica clínica, la convivencia con los sentimientos de los pacientes, generalmente, despiertan en los profesionales conflictos relacionados al sentido de la existencia, intolerancia a la idea de finitud o la transitoriedad de la vida, tanto como la del paciente y de sí mismo, se agrega el tabú de la muerte de un niño.

Narrativas que sustentan esta categoría:

(N.G): “veo un niño que va a padecer lo peor que existe en el mundo, veo dolor, a la vez busco la manera de en lo posible ponerme una coraza, un armazón, algo para que no me duele tanto...”....

(S.P.): “al enterarse de la confirmación del diagnóstico muchas veces antes que los padres vivir todo el proceso de los estudios junto a ellos ... y no poder decir nada “.... no poder hacer nada , genera una impotencia enorme..... aparte de lo que uno sabe de todo lo que viene para esa familia, para ese niño...”.

La impotencia es un sentimiento de desesperanza ante la muerte o la posibilidad de la muerte. La muerte es un tabú que rara vez se menciona en la práctica clínica, pero podemos reducir las emociones percibidas de los cuidadores considerando el tabú de que un bebé puede morir como parte del ciclo de vida superior de afrontamiento de emociones.

Lo que sucede en la relación enfermera-paciente es una inevitable interacción afectiva, este vínculo interpersonal terapéutico es necesario y precisa del autoconocimiento de cada cuidador, siendo este último un elemento esencial para la experiencia de continuidad de un cuidado de calidad en los pacientes pediátricos (Rengifo de Vargas, 2021).

La enfermedad es una intervención en la continuidad del ciclo de vida, lo que significa una adaptación continua al estrés en el medio interno y externo, una persona utiliza medios personales para lograr una vida diaria óptima. King ve la enfermería como un proceso de acciones, reacciones, interacciones y transacciones interpersonales para promover, mantener y restaurar la salud, atención de enfermedades, lesiones o cuidados paliativos. Pero la interacción defectuosa entre la enfermera-cliente afecta la relación. (Ramírez, et al. 2015).

En respuesta al segundo objetivo específico que estuvo relacionada con explorar desde la perspectiva del enfermero cómo vive el cuidado que brinda a su familia, se identificó la categoría ***Ponerse en el lugar del otro***, que es producto de la empatía, según Anna Carpena (2016), define la empatía como la capacidad de percibir los pensamientos y necesidades del otro, conectando auténticamente con sus sentimientos como si fueran propios, a pesar de ser los mismos (Carpena,2016). Los pensamientos o sentimientos son diferentes y, al mismo tiempo, a veces lo son el deseo de consuelo y ayuda.

Las narrativas que sustentan esta dimensión son:

(N.G.): “veo un niño que va a padecer lo peor que existe en el mundo, veo dolor, a la vez busco la manera de en lo posible ponerme una coraza, un armazón, algo para que no me duele tanto...”

(D.T.): “la empatía, ósea la empatía ...el respeto hacia lo que están pasando...el espacio para que...para que los papás también puedan asumir lo que les está tocando...” “...uno sufre...uno se va encariñando con el niño, la familia, te vas poniendo y sufriendo como a la par, vas viendo todo...”

(S.P.): “tratas de ponerte en el lugar de esas personas por un momento , te imaginas que harías si fuera tu familia, tu hijo, algunos de tus sobrinos y tratas de acompañar, entender y de dar lo mejor de vos ... intentas hacer lo que quizás te gustaría en ese momento como en ese momento te acompañarán”

La teoría del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy identifica las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales que percibe, de manera de crear una integración humana y ambiental. Otro efecto que surge es la proyección de las enfermeras a través de la empatía, los mecanismos de afrontamiento adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares (Alligood, 2023).

Esta asociación humanística y científica, constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar, forman el arte de cuidar, ambos centrados en las relaciones de cuidado transpersonal, cuando la enfermera comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona (Rengifo de Vargas, 2021).

La empatía enriquece la relación enfermera - paciente, facilita la colaboración de la familia y más aún de los pacientes a adecuarse al tratamiento, llegando al punto de una mejora en la atención sanitaria, muchas otras veces derribando los estigmas de su mandato social del de solo cuidar como una labor remunerada. “Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación” (Cardona, 2010).

En relación con las enfermeras que brindan atención al paciente, es una competencia cognitiva y emocional propia y constante de la profesión. La empatía también se ha utilizado para referirse a la amplia capacidad mental que configura a los humanos como seres sociales, permitiéndonos comprender lo que otras personas piensan y sienten, proporcionar una reciprocidad emocional para compartir nuestros sentimientos, pensamientos, y para cuidar sobre ellos.

La teoría de los procesos de afrontamiento y adaptación de Roy identifica las estrategias que usa una persona para lidiar con las influencias y cambios ambientales percibidos para crear una interacción persona-ambiente. Otro efecto que se produce es que las enfermeras diseñan un aprendizaje a través de la empatía y los mecanismos de afrontamiento, crean experiencias de vida que luego contribuyen a las respuestas continuas a estímulos específicos.

Esta combinación de humanidad y ciencias naturales forma el núcleo de la disciplina de enfermería a partir de los factores terapéuticos asociados con la enfermería. La empatía enriquece la relación enfermera-paciente, fomenta la cooperación familiar y más pacientes se adaptan al tratamiento, llegando a un

punto de mejora en la atención sanitaria que en muchos otros momentos destruye el estigma de su misión social de «solo cuidar» como trabajo remunerado.

Las enfermeras deben escuchar activamente para entrar en el mundo de otro, compartir tu situación, y se necesita práctica para saber entrar y salir sin afectar. «Para lograr esta empatía, primero es necesario identificarse con la persona a través de la comunicación, identificarse con sus sentimientos y emociones».

En cuanto a develar si las vivencias contribuyen a reforzar el desarrollo profesional en el ámbito de enfermería pediátrica, de acuerdo con los hallazgos, se identifican dos categorías, por un lado las **limitaciones de autocontrol emocional y la indiferencia sentida en la comunicación interdisciplinar**. Refiriéndonos a la primera categoría se encuentran artículos de investigación, estos sugieren que es fundamental educar a los profesionales de enfermería sobre la tanatología y así como, posibilitar el acceso a salud mental e intervenciones psicológicas para el manejo emocional (Rosado-Pérez, et al 2019).

Narrativas que la sustentan:

(L.G.): “los padres están llorando y me cuesta entrar así a la habitación, hasta que lo proceso y entiendo que es mi trabajo...”

(N.Y.): “trato de entenderlos, pero también entiendo que vengo a cumplir una función...”

(N.Z.): “trato de no encariñarme, es imposible”...

(N.Y.): “trato de invadir lo menos posible, no quiero llevarme ese dolor a mi casa...”

Con frecuencia y debido a la estrecha relación que se mantiene con el paciente, el personal de enfermería es quien mayormente reporta sentimientos negativos ante la muerte del paciente pediátrico. Estudios sobre los niveles de ansiedad en los profesionales de enfermería han revelado que los enfermeros pediátricos muestran mayores niveles de ansiedad y se consideran a sí mismos menos capacitados (De Vargas, 2021).

Esta asociación humanística científica, se centra en las relaciones de cuidado transpersonal, un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona (Rengifo de Vargas, 2021).

Estas limitaciones de autocontrol emocional, a la vez no reflejan ser un obstáculo en las habilidades clínicas al brindar atención, si de una manera u otra se percibe un empoderamiento emocional, no sólo como profesional de salud al resguardar y asistir al niño y a la familia en la crisis que antes mencionamos, no sólo cumplen un rol el de “enfermera”, sino también como una misión personal que eligen día a día, eso también develada en la antigüedad en el puesto laboral y el compromiso diario de estar ahí, permanecen por su convicción de vida.

“El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción”. King, utiliza en la Teoría del Logro de Metas un enfoque en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de la profesión, pero el cliente aporta su autoconocimiento junto a sus percepciones. Concluye que la enfermería tiene el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales. (Ramírez, et al., 2015).

Anteriormente se hace mención a la categoría de los relatos que da respuesta en parte al último objetivo de investigación, siendo ***la indiferencia sentida en la comunicación interdisciplinar***, la comunicación posibilita el establecimiento de vínculos profesionales, el desarrollo de confianza y respeto mutuo, el reconocimiento de la labor profesional, facilitando la colaboración interdisciplinar. Los problemas de comunicación interprofesional durante la actividad asistencial, puede transformarse en errores de transmisión de información que puede afectar a la seguridad del paciente.

La enfermera cumple no sólo el rol de enfermera, sino también la misión personal que eligen cada día, lo que también se refleja en su antigüedad y compromiso diario estar allí, se quedan para su confianza en la vida. La Teoría del Logro de Metas establece que “La enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre su percepción en la situación de enfermería utilizando el método por el cual los individuos interactúan en los sistemas sociales en la teoría del logro de objetivos.

El enfermero contribuye al proceso profesional con conocimientos y habilidades específicas, mientras que el cliente contribuye con el autoconocimiento y la percepción. Concluye que el propósito de la enfermería es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan seguir cumpliendo con sus roles sociales.

La comunicación construye conexiones profesionales, genera confianza y respeto mutuo, reconoce el trabajo profesional y fomenta la colaboración interdisciplinaria. Los problemas de comunicación interprofesional en las actividades asistenciales pueden convertirse en errores de transferencia de información que afectan a la seguridad del paciente.

Narrativas que la sustentan:

(S.P.): “ vivimos en una constante pelea de comunicación con los médicos, cuánto nos falta avanzar en la comunicación entre nosotros, el trabajo multidisciplinario!...a veces siento que estamos pintadas...que solo nos dicen cierta información si es sumamente urgente” ...

(N.G.): “...me molesta que nos digan una cosa por teléfono o en la pc, pero entran a la habitación y cambian el relato...nadie como nosotras damos la cara 8 hs seguidas...”.

(N.Y.): “...el otro día, si dejé un paciente mal, inestable, cuando me dice que lo pasaron a terapia, que ahora está paliativo... o sea, si ya lo sabían, porque no nos lo informaron?no somos equipo?...”.

(N.Z.): “...el médico viene, dice las cosas a medias, y lo que dicen al final nunca cumplen... con decir, si, comenzamos con esto, no, ellos directamente vuelven mañana, y la dejan a la mama con esto, con esperanza, no dicen los contras, cuánto dura, que la obra social se demora, y así... uno se siente mal, porque también estás mintiendo le a la mama...” ...

(J.S.): “...si tu no cuentas con la ayuda o apoyo de los médicos, no, no se siente bien, das la cara constantemente...”.

La vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, estas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no. Estas juegan un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería. (Elers Mastrapa et al, 2016).

Actualmente unas de las 6 metas internacionales de seguridad del paciente propuestas por la Joint Commission, es la de mejorar la comunicación efectiva. La comunicación efectiva es esencial para brindar una atención segura y brindar cuidado en un entorno en armonía.

Watson, en su visión reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, *mente, cuerpo y espíritu*, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. También habla del entorno, este como espacio de la curación, la importancia de que la habitación del paciente sea calmante, cicatrizante (Rengifo de Vargas, 2021).

La vida humana se expresa a través de las relaciones entre iguales formadas en grupos e instituciones. El hombre, como ser social, está sujeto a la promoción de las relaciones humanas entre personas conocidas y desconocidas. Desempeñan un papel importante en el funcionamiento humano y están regulados por la comunicación.

En enfermería, las enfermeras construyen relaciones con los pacientes y sus familias para fomentar las relaciones terapéuticas, satisfacer las necesidades de los pacientes y brindar atención. Uno de los seis objetivos internacionales de seguridad del paciente propuestos actualmente por la Comisión Conjunta es mejorar la comunicación eficaz. La comunicación efectiva es esencial para brindar atención segura y brindar atención en un entorno armonioso.

En su visión, Watson ve al hombre como un ser único con tres reinos de ser, mente, cuerpo y espíritu, influenciado por sus propios conceptos, único y libre para tomar decisiones. También habló de que el ambiente es un espacio de sanación y lo importante que es que la habitación del paciente sea calmante y sanadora.

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados presentados en respuesta al primer objetivo de indagar las emociones y sentimientos respecto de las vivencias de las enfermeras de participación en el diagnóstico de cáncer, surgen las categorías; tristeza de los enfermeros antes del diagnóstico y la impotencia sentida por el profesional de enfermería en el diagnóstico de cáncer pediátrico.

Según Damasio (2016), la tristeza es parte de un proceso importante para comprender la función de supervivencia humana. Al cuidar la enfermera entrelazan sentimientos únicos de pertenencia, la interacción con personas que comparten el objetivo común de lograr la salud física y mental, de esto hace referencia al modelo de adaptación de Callista Roy, en el que afirma que la capacidad de adaptación de una persona depende de los estímulos a los que está expuesta.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a diversas realidades que generan reacciones emocionales al proveer cuidado, de acuerdo con la teorista Roy coinciden los resultados con los mecanismos de afrontamiento por el personal de salud en estudio, quien define que el profesional crea una integración humana y ambiental, esta construcción es producto de las estrategias que utiliza la persona para responder ante las influencias y cambios ambientales.

En la práctica clínica, la convivencia con los sentimientos de los pacientes, generalmente, despiertan en los profesionales conflictos relacionados al sentido de la existencia, intolerancia a la idea de finitud o la transitoriedad de la vida, tanto como la del paciente y de sí mismo, se agrega el tabú de la muerte de un niño. Se observa también que al permitir relatar su vivencia en cada entrevista, se modera la carga emocional de cada una, diferimos con los autores Rosado-Pérez (2019), ya que de una manera u otra se percibe un intento de empoderamiento emocional, porque estas personas se permiten sentir, expresar y lo más importante cuentan con apoyo familiar luego de su jornada laboral.

Si bien el estado de ánimo del personal de enfermería es importante, de ahí radica la disposición y actitud para la calidad del cuidado humano que se brinda, debe tener una actitud de escucha activa con el paciente o la familia. La teoría del Logro de Metas de King, establece que la enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre su percepción en la situación de enfermedad, esto va de la mano de la comunicación ya que establecen objetivos juntos y luego toman medidas para lograrlos, también detalla que los factores que inciden en el logro de las metas son los roles, el estrés, el espacio y el tiempo. Por un lado, el objetivo de la enfermera según King es ayudar a los pacientes a mantener la salud para que puedan desempeñar sus funciones individuales, por lo cual coincidimos que enfermería utiliza este método de logro de metas, y esto aporta al desarrollo profesional.

CONCLUSIÓN

El enfoque cualitativo nos permitió visualizar al personal de enfermería en el servicio pediátrico con diagnóstico reciente de cáncer, y a todo lo que se ven expuestas en momentos y situaciones en donde desarrollan personalmente diferentes formas de mecanismos para afrontar dichos escenarios, así como también tratar de entender o aceptar que este tipo de diagnóstico es igual a cualquier otro, porque no hay angustia parecida ante un diagnóstico de peritonitis, solo que a diferencia del primer diagnóstico el personal de salud conoce el proceso burocrático de cobertura, de tratamiento que varía según el estado

del paciente y avance de enfermedad, de las recaídas, y esta última trae más angustia.

También nos permitió visibilizar las características de la carga emocional que se genera en el cuidado y en el acompañamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer, la muerte del paciente pediátrico como tabú cuando en realidad debemos como sociedad entender que un niño también tiene probabilidades de una muerte adelantada en el tiempo. Por otro lado, la sociedad atribuye un status social a enfermería, al rol impuesto de aplicar medicina e higiene, cuando en realidad desconoce que enfermería es una profesión integral que cuando cuida a un paciente también lo hace a la familia o su entorno, educando, informando.

Las Enfermeras son conscientes de que poseen una responsabilidad no sólo como profesional de salud al resguardar o asistir al niño y a la familia en la crisis del diagnóstico de cáncer, sino también como una misión de vida que se proponen a continuar, lo eligen día a día, esto último develada en la antigüedad del puesto laboral, el compromiso diario de estar ahí, ya que ninguna entrevistada manifestó querer abandonar el puesto o desistir del servicio de pediatría, las enfermeras permanecen por su convicción de vida que eligieron.

REFERENCIAS

- Alligood, M. R. (2023). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences. CAP - 17. Sor Callista Roy: Modelo de adaptación, p. 335.
- Campiño Valderrama, S. M. et al (2016). *Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer*. Revista Universidad y Salud, 18(2), 302-311. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200011&lng=es&tlng=es.
- Cardona Torres L. M, et al. (2010). *La empatía, un sentimiento necesario en la relación Enfermera-Paciente*. Desarrollo Científica Enfermería, 18(3). <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-120.pdf>
- Carpena, A. (2016). *La empatía es posible*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Corbella, J. (1994). *Tristezas y depresión*. Ediciones Folio.
- Damasio, A. R. et al. (2016). *Sentir lo que sucede: Cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia*. https://issuu.com/fernandopennar./docs/antonio_damasio_-_sentir_lo_que_suc

- De Vargas, R. (2021). *Las emociones en enfermería una mirada desde el cuidado humano*. Revista CIEG - Centro de Investigación y Estudios Gerenciales (52), 146-161. <https://revista.grupocieg.org/wp-content/uploads/2021/11/Ed.52146-161-Rengifo-Yuli.pdf>
- Henao, L. F. y Martínez, S. L. (2019). *Situación actual del cáncer infantil en el mundo*. <http://hdl.handle.net/10554/43278>.
- Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. (2018) *¿Cuándo sospechar cáncer en el niño?* http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000029cnt-2018-cuando_sospechar_cancer_en_el_nino.pdf
- Elers Mastrapa, Y, y Gibert Lamadrid, M. P. (2016). *Relación enfermera paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales*. Revista Cubana de Enfermería, 32(4) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019&lng=es&tlng=pt.
- Martínez, A. C., y Bouquet, R. I. (2007). *Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños*. Revista Tesis Psicológica, (2), 35-47. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>
- Neris, R. R., et al. (2021). *Sobrevivência ao câncer infantojuvenil: reflexões emergentes à enfermagem em oncologia pediátrica*. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 55. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020041803761>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Early Diagnosis of Childhood Cancer*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34850>
- Ramírez, P., et al. (2015). *Relaciones personales entre la enfermera y el paciente*. Revista, Enfermería Universitaria, 12(3), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Rengifo de Vargas, Y. (2021). *Las emociones en enfermería: una mirada desde el cuidado humano*. Revista, CEIG (Centro de Investigación y estudios gerenciales), (52), 146-161. <https://revista.grupocieg.org/wp-content/uploads/2021/11/Ed.52146-161-Rengifo-Yuli.pdf>
- Rosado Pérez, G., & Varas-Díaz, N. (2019). *Experiencias y Proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica pediátrica: Experiences and grieving process among pediatric cancer nurses*. Revista Puertorriquina de psicología, 30(2), 290. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195809/>

Tamayo Giraldo, A. et al (2017). *El juego como mediación pedagógica en la comunidad de una institución de protección, una experiencia llena de sentido*. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, (13)1, 105-128. <https://www.redalyc.org/pdf/1341/134152136006.pdf>

VIVENCIAS DE PADRES FRENTE AL DUELO PERINATAL

PARENTAL EXPERIENCES IN DEALING WITH PERINATAL BEREAVEMENT

VIVÊNCIAS DOS PAIS FRENTE AO LUTO PERINATAL

Autoras: Godoy, Deysi Edith¹ y Lantieri, Stefania²

RESUMEN

Introducción: Cuando un embarazo es conocido, además de iniciar una nueva vida, inician las ilusiones y esperanzas donde nadie imagina un final distinto a uno feliz. Sin embargo, ocurre en ocasiones que algunos embarazos no terminan de manera satisfactoria y pueden desencadenar en la muerte del hijo en el periodo perinatal de manera inesperada y repentina. **Objetivo:** comprender las vivencias de los padres frente al proceso de la muerte perinatal. **Material y método:** Metodología cualitativa. Técnica de recolección de datos: entrevistas a padres que han atravesado una situación de muerte perinatal o neonatal en hospitales y clínicas de la ciudad entre las 22 semanas hasta los 28 días de vida. Para la recolección de los datos se hizo uso del tipo de fuente primaria de información. El análisis de datos basado desde la teoría de la fenomenología con muestreo de experiencias y teórico hasta la saturación de datos. **Resultados:** Los hallazgos obtenidos se determinaron en función de los objetivos específicos de la investigación y se organizan en dos grandes dimensiones y de cada una de ellas se construyeron subcategorías, devenidas de las narrativas, de los relatos y las observaciones. Las dimensiones son: vivencias y emociones durante la etapa de duelo, primera categoría: la alegría y la emoción de ser padres; segunda categoría: el miedo y la incertidumbre en el vacío que se instala; tercera categoría: la soledad y la tristeza durante el duelo. Segunda dimensión: experiencias respecto al cuidado recibido por parte de los profesionales de salud en el duelo; primera categoría: Los sentimientos encontrados respecto a la atención del equipo de salud. **Conclusiones:** Se pudo concluir que los principales sentimientos expresados son la culpa, tristeza, vacío, soledad, desolación y un dolor incomparable y devastador tal como ellos mismos refirieron. La muerte del bebé desencadenó un brote emocional caracterizado por el shock, el dolor y la agudización de la sensación de soledad. En relación a la atención de los profesionales de la salud la mayoría de los entrevistados se sintieron contenidos y acompañados emocionalmente, aunque solo durante ese momento.

Palabras claves: Muerte perinatal, duelo perinatal, periodo perinatal, duelo, enfermera(o), cuidado, vivencias.

1. Enfermera de la Clínica Vélez Sarsfield Norte. Contacto: deysi.godoy@mi.unc.edu.ar
<https://orcid.org/0009-0006-5311-2307>

2. Enfermera de la Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario de la UNC. DASPU.
Contacto: slantieri333@mi.unc.edu.ar
<https://orcid.org/0009-0004-3989-0933>

ABSTRACT

Introduction: When a pregnancy is expected, along with the beginning of a new life, expectations and hopes arise, and no one imagines an ending other than a happy one. However, sometimes pregnancies do not end satisfactorily and can result in the sudden and unexpected death of the child during the perinatal period. **Objective:** To understand the experiences of parents when confronted with the process of perinatal death. **Material and method:** A qualitative methodology was used. Data collection method: Interviews with parents who have experienced a perinatal or neonatal death between 22 weeks of gestation and 28 days of life, in hospitals and clinics in the city. The data was gathered using primary information sources. Data analysis was based on phenomenological theory, utilizing experience sampling and theoretical frameworks until data saturation was reached. **Results:** The findings were determined based on the specific objectives of the research and organized into two major dimensions, each of which was subdivided into subcategories derived from the narratives, accounts, and observations. The dimensions are as follows: experiences and emotions during the grieving process. First category: the joy and excitement of becoming parents; second category: fear and uncertainty as the feeling of loss sets in; third category: loneliness and sadness during grief. Second dimension: Experiences regarding the care received from healthcare professionals during grief; first category: Conflicting feelings regarding the care provided by the healthcare team. **Conclusions:** It can be concluded that the main feelings expressed were guilt, sadness, emptiness, loneliness, desolation, and an incomparable, devastating pain, as reported by the parents. The death of the baby triggered an emotional outburst characterized by shock, pain, and an intensification of the feeling of loneliness. Regarding the care provided by healthcare professionals, most of the interviewees felt emotionally supported, although only during that moment.

Key words: Perinatal death; perinatal bereavement; perinatal period; grief; nurse; care; experiences.

RESUMO

Introdução: Quando uma gravidez é conhecida, além de iniciar uma nova vida, começam as ilusões e esperanças onde ninguém imagina um final diferente de um feliz. No entanto, algumas vezes, as gestações não terminam de maneira satisfatória e podem resultar na morte do filho no período perinatal de forma inesperada e repentina. **Objetivo:** Compreender as vivências dos pais frente ao processo de luto perinatal. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa. Técnica de coleta de dados: entrevistas com pais que passaram por uma situação de morte perinatal ou neonatal em hospitais e clínicas da cidade entre as 22 semanas até os 28 dias de vida. Para a coleta dos dados foi utilizada a fonte primária de informação. A análise dos dados baseou-se na teoria da fenomenologia com amostragem de experiências e teórica até a saturação dos dados. **Resultados:** Os achados foram determinados em função dos objetivos específicos da pesquisa e organizados em duas grandes dimensões, de cada uma delas surgiram subcategorias, derivadas das narrativas, dos relatos e das observações. As dimensões são: vivências e emoções durante a etapa de luto, primeira categoria: a alegria e a emoção de ser pais; segunda categoria: o medo e a incerteza no vazio que se instala; terceira categoria: a solidão e a tristeza durante o luto. Segunda dimensão: experiências em relação ao cuidado recebido por parte dos profissionais de saúde durante o luto; primeira categoria: sentimentos encontrados em relação ao atendimento da equipe de saúde. **Conclusões:** Concluiu-se que os principais sentimentos expressos são culpa, tristeza, vazio, solidão, desolação e uma dor incomparável e devastadora, como eles próprios relataram. A morte do bebê desencadeou um surto emocional caracterizado pelo choque, dor e intensificação da sensação de solidão. Em relação ao atendimento dos profissionais de saúde, a maioria dos entrevistados se sentiu acolhida e acompanhada emocionalmente, embora apenas durante aquele momento.

Palavras-chave: Morte perinatal, luto perinatal, período perinatal, luto, enfermeiro(a), cuidado, vivências.

INTRODUCCIÓN

En el informe de la natalidad, la mortalidad materna y la mortalidad en el curso de la niñez, el Ministerio de Salud de la República Argentina (2021) publicó que cada año se producen 2,7 millones de muertes neonatales y 2,6 millones de muertes prenatales en el mundo, y en la Argentina, en el año 2019 se registraron 625.441 nacidos vivos y 4.253 defunciones fetales tardías, mientras que fallecieron 3.905 niños menores de 28 días. En Córdoba ocurrieron 50.929 nacimientos y 275 defunciones. La información dada por el Ministerio de Salud de la República Argentina (2020) sobre la Mortalidad Materno Infantil 2007-2016 expresó que son varios los factores perinatales que producen las defunciones fetales como fueron las causas maternas las complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto, responsables del 31,2% de la mortalidad fetal, sumando la hipoxia intrauterina y afecciones respiratorias, responsables del 22,2%. Además, afecciones perinatales (6,2%), malformaciones congénitas (5,5%), y, los trastornos de la duración de la gestación (1,5%).

Organización Mundial de la Salud (2022) en la guía de referencia 11a revisión define el duelo como el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto por la muerte de un ser querido, caracterizado por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por esa pérdida. Mientras que el Asociación Americana de Psiquiatría (2014) y Pérez et al. s/f. conceptualizan el duelo como reacción a la muerte de una persona querida. Así mismo Lacasta Reverte (2016) sostiene que el duelo es un estado subjetivo que aparece tras la pérdida de algo o alguien con respecto al cual se mantenía un gran sentimiento de afecto. Con el transcurso del tiempo López García de Madinabeitia (2011) considera el duelo como un síndrome, dado que está acompañado de un conjunto de signos y síntomas entre los que se destacan físicos, emocionales, conductuales, psicológicos y espirituales. En cambio, Kübler Ross (Martínez Osta, 2012), clasifico al duelo en un proceso de cinco etapas siendo la primera, negación y aislamiento, luego la ira e impotencia. Le siguen el pacto, la depresión, la quinta y última etapa la aceptación. Mientras que lo encontrado en el estudio de Moneta (2014), le agrega al duelo la implicancia a procesos psicológicos, desorganizante produciendo un desequilibrio en la homeostasis del sistema comportamental de apego, que desestabiliza los mecanismos que regulan la relación entre el individuo y su figura de apego.

A su vez Vicente Sáez (2014), en su estudio marca la diferencia refiriéndose al duelo perinatal, el cual es considerado como un duelo complejo y diferente de aquellos producidos por la pérdida de otros seres queridos., debido a que se trata de la pérdida de un sueño, de un proyecto futuro. Suele tratarse de un duelo

que se vive en soledad, con la falta de comprensión del entorno familiar y social, lo que lleva al duelo perinatal a ser clasificado como duelo desautorizado.

En este contexto se destaca que en la teoría de Hildegard Peplau (Campos, Santiago, 2016), estudia las relaciones interpersonales, y observó la relación terapéutica entre enfermera-paciente. Esta teoría permite que el profesional de enfermería deje de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y logren acercarse a los sentimientos y los comportamientos del paciente frente a la enfermedad, consiguiendo que surja una relación empática entre enfermera-paciente, permitiendo afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta. Entre otras teorías referidas a las relaciones entre enfermera y paciente existe la teoría de (Joyce Travelbee 1961 citada en Galvis López, 2015) quien desarrolló la relación persona a persona con el propósito de que la enfermera/o comprenda la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda en función de diferentes fases como son las fases del encuentro original, de identidades emergentes, de empatía, de simpatía y fase de Término

Por todo lo antes planteado y con el objetivo de Comprender las vivencias de los padres frente al proceso de la muerte perinatal, que accedieron a participar y que han atravesado una situación de muerte perinatal o neonatal se desarrolló esta investigación en los hospitales y clínicas de la ciudad de Córdoba en el año 2023. Esta investigación buscó aportar a la profesión de enfermería, lineamientos que fomenten el cuidado integral y con un modelo humanístico y holístico, que podrán ser usados en el fomento del cuidado integral por parte de los profesionales de enfermería, estableciendo una base para la atención de calidad.

ENCUADRE METODOLÓGICO

El presente estudio de carácter cualitativo utilizó la metodología fenomenológica e interpretativa. Prado, M.L. et. al (2013). La recolección de los datos fue fuente primaria a través de las observaciones participantes, notas de campo y entrevista en profundidad. El trabajo de campo fue realizado en espacios en el cual se dedican al cuidado y acompañamiento de duelo perinatal, donde se reúnen las madres. Se escogieron estos lugares, dada la susceptibilidad del tema y a la pérdida reciente de sus hijos/as, como así también a las condiciones adecuadas del lugar que permitieron la grabación de las entrevistas.

Se realizaron entrevistas a padres que han atravesado una situación de muerte perinatal o neonatal en hospitales y clínicas de la ciudad entre las 22 semanas hasta los 28 días de vida. Un total de 7 entrevistas, de las cuales 6 fueron

realizadas a madres y una a un padre que transitaron un embarazo y posterior pérdida dentro de la Provincia de Córdoba, Argentina. El análisis de datos basado desde la teoría de la fenomenología con muestreo de experiencias teórico hasta la saturación de datos. Para facilitar el análisis de los datos obtenidos, se procedió a su grabación y posteriormente la transcripción textual, para garantizar la fidelidad de las percepciones expresadas.

Para el desarrollo de cada encuentro, se realizaron dos preguntas guías como disparadores abordando las dimensiones en estudio siendo las mismas ¿Podría relatarnos de manera detallada todas sus vivencias y emociones respecto al fallecimiento de su hijo/a?, ¿Podría decirnos cómo fueron sus experiencias en relación con el personal de salud?

El análisis de los datos obtenidos surgió de la grabación, la transcripción de las entrevistas y reuniones para completar los datos obtenidos de forma cualitativa entre el equipo de investigación y los entrevistadores, ya que se necesitaba garantizar la fidelidad de las percepciones expresadas.

Esta investigación se realizó con la autorización de las instituciones y adultos conscientes de los objetivos de dicho estudio que firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

RESULTADOS

Los hallazgos encontrados para una mejor comprensión fueron organizados en dimensiones y subcategorías, devenidas de las narrativas de las vivencias y de las observaciones de los padres entrevistados, las cuales se describen a continuación.

La primera dimensión hace referencia a las vivencias y emociones durante la etapa de duelo. Las vivencias son una unidad indivisible entre lo exterior y lo interior de la persona; llegan a ser significativas en su integración dinámica, situada y se convierten en experiencias cuando la persona hace acopio de un conjunto de las mismas para darse cuenta de que lo que le pasa, lo que le importa es significativo. El sentido entra entonces, como una manera de articular vivencia y experiencia como elemento de motivación, de guía de las acciones y así tener claridad de qué es “eso que vale la pena”. Guzmán Gómez et al. (2015).

Esta dimensión explica los resultados obtenidos en la investigación, reflejando las principales emociones que se presentan en los padres durante el proceso de duelo, iniciando el proceso desde que conocen la noticia del embarazo hasta el momento en que se les da la noticia de que su hijo/a ha fallecido.

En la investigación se realizó la siguiente categorización según la narrativa de los entrevistados: la alegría y la emoción de ser padres; el miedo y la incertidumbre en el vacío que se instala; la soledad y la tristeza durante el duelo.

La alegría y la emoción de ser padres. Teniendo en cuenta las narrativas de las personas entrevistadas y lo que plantean los autores, es evidente que cuando una familia conoce de un embarazo, se produce un cambio en el ciclo vital en donde la maternidad se presenta como una experiencia que responde a ilusiones, expectativas, sentimientos, ideas o creencias relacionadas a la alegría, a la esperanza y a lo positivo, que están culturalmente construidas y forman parte del contexto de relaciones de las personas.

Narrativas que sustentan la categoría:

“... Me sentía muy feliz, siempre quise ser mamá y con mi pareja estábamos muy contentos, preparando todo para la llegada del bebe. Me sacaba fotos todas las semanas, viendo el crecimiento, comprábamos cosas, ropita, mamadera, chupete, pañales, la cunita todo de a poco con mucha ilusión de disfrutar de nuestro primer hijo o hija...”. (Entrevista n° 1).

“... No lo esperábamos, pero recibimos la noticia con alegría, estaba feliz e ilusionada. Todo el embarazo lo pasé bien con los dolores y molestias que habitualmente uno tiene cuando está embarazada, pero todo bien...”. (Entrevista n° 2).

La investigación de la psicóloga y especialista en embarazo y puerperio, Moyano (2019) en *Volvemos Padres*, desarrolla esta etapa de la vida de gran relevancia para toda persona en el que las parejas atraviesan cambios en su realidad cotidiana y en sus vínculos. Sobre la gestación explica a través de lo que nombra como “la novela rosa del embarazo” que socialmente hace hincapié en los aspectos agradables de este periodo omitiendo los aspectos más difíciles, tanto físicos como psicosociales que afectan a las madres. Explica que la mujer se siente más segura llegando al máximo nivel de ilusión, de enamoramiento con su nuevo estado identificándose como mujer embarazada. Existe una pasión desenfadada por el embarazo, se deja de lado el miedo a la posible pérdida del mismo y permite que se relaje para disfrutar de la etapa de mayor comodidad en la gestación de un niño.

Otro de los principales sentimientos que provoca la pérdida de un/a hijo/a. es el miedo y la incertidumbre en el vacío que se instala. Esto se comprendió a través de los relatos de los entrevistados.

Narrativas que sustentan la categoría:

“... Mientras él me pasaba el aparatito por la panza, lo miraba a los ojos, intentando ver alguna expresión que revelara que todo estaba bien. La máquina no producía ningún sonido como los anteriores, era un latido apagándose en medio de nuestro silencio... allá lejos se apagaba una vida...” (Entrevista n° 1).

“... En el camino se me cruzaron muchas cosas por la cabeza, miedo por él bebe, por mí, y a la vez la esperanza de que todo iba a salir bien, trataba de ser positiva y pensar que sería algo malo pero que él bebe iba a estar bien...” (Entrevista n° 2).

En la investigación de (Dominguez Camargo 1966 como se citó en Bustos Valdés 2013) el afirma que el miedo nos vuelve ágiles, agudiza los sentidos, al reprimirlo se manifiesta como estrés, angustia, claridad y evasión de la realidad. La aprehensión de la incertidumbre en el contexto de la vida cotidiana implica enfrentar a su contrario: la certidumbre, que describe la concepción paradigmática simplista determinista que lleva a la necesidad de dominar las situaciones a partir del conocimiento sobre las mismas.

La incertidumbre, por su parte, describe “un pensamiento probabilístico que se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo por un estado de continua certeza y la previsibilidad”. No obstante, también, muchas veces el conocimiento sobre una situación genera más incertidumbre relacionado con la continua amenaza de desequilibrio o de revivificación de una situación de riesgo o daño, lo que lleva a diversas formas de afrontamiento. Aimar Angela (2009).

De los testimonios recolectados se entiende que el momento previo a la confirmación de la pérdida genera incertidumbre, dudas e interrogantes que a su vez generan miedo respecto al posible desenlace final. En algunos casos se aferran a un posible error médico y a la ilusión de que la situación mejorará. Al no suceder esto refieren mayor tensión durante ese momento. Por último, el otro sentimiento que se reflejó a través de las entrevistas fue la soledad y la tristeza durante el duelo.

Narrativas que sustentan la categoría:

“... Lo recuerdo como algo muy difícil de soportar, no podía pensar en otra cosa, todo se volvió a un segundo plano, solo pensaba en esa vida que no llegó a ser, buscaba explicaciones más profundas, hasta creí que

algo pude haber hecho mal desde un comienzo, el no haberlo deseado o no haberme alegrado cuando me enteré, mil cosas se me cruzaron por la cabeza. Me sentí muy triste, incomparable con ningún otro dolor en mi vida... ”. (Entrevista n° 1).

“... Fue un golpe muy duro, el sentimiento que te puedo nombrar es el de profunda tristeza vacío y desolación, es lo que sentí y recuerdo... ”. (Entrevista n° 2).

Sobre la soledad, para las personas en proceso de duelo, lo más importante son sus emociones: Es esperable que surjan sentimientos de soledad, incomprensión, desamparo, que se generan por la falta de atención del entorno. Figueroa et al. (2020).

La tristeza es el sentimiento más común y persistente en todo el proceso de duelo y el primero que reaparece cuando, tiempo después, se recuerda el hecho. Este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace a menudo. Llorar es una señal que evoca una reacción de comprensión y protección por parte de los demás. La tristeza suele presentarse junto con sentimientos de soledad, cansancio e indefensión. Figueroa et al (2020)

Sobre esta categoría se puede percibir a través de los testimonios, que se vio afectado el estado emocional y anímico de los padres, denotando que las pérdidas generan culpa, tristeza, vacío, soledad, desolación y referido por ellos como un dolor incomparable y devastador. Si bien cada duelo fue distinto coinciden en dichos sentimientos y emociones.

La segunda dimensión que se investigó es la de experiencias respecto al cuidado recibido por parte de los profesionales de salud en el duelo. Se debe tener presente que hacer énfasis en aspectos de tipo biomédico, dejando de lado el abordaje biopsicosocial y espiritual, puede llevar a un cuidado deshumanizado, por lo que se recomienda prestar un cuidado personalizado a las necesidades de cada usuario, considerando aspectos como un servicio compasivo, humano y respetuoso, así como realizar futuras investigaciones relacionadas a las actitudes, percepciones y conocimientos sobre la espiritualidad y la muerte por parte del personal de enfermería.

Esta dimensión explica los resultados obtenidos en la investigación, reflejando las experiencias de los padres respecto al cuidado recibido por parte del personal sanitario desde que comenzaron a transitar la pérdida de sus hijos/as.

En la investigación, según la narrativa de los entrevistados, se realizó la categorización: los sentimientos encontrados respecto a la atención del equipo de salud.

Narrativas que sustentan la categoría:

“... Me recibieron tan especial. Doctores, enfermeras, camilleros, todo un equipo para mí y ese proceso. Tenía una habitación para mí sola, me prepararon, me controlaban cada dos minutos, me explicaron con mucho respeto cada paso...”. (Entrevista n° 1).

“..... “Y bueno, el acompañamiento de las enfermeras, sinceramente no...ni fu ni fa. O sea eran muy amables, venían nos preguntaban cómo estábamos y si necesitábamos algo, cariñosas te diría. Pero nunca nos hablaron, nunca nos dijeron nada, nunca nos dijeron si en la clínica del Sol, si necesitábamos ir a un psicólogo, nada, nada, nada, nada, nada, eran como de esto mejor no se habla y mientras no se habla está todo bien. Nadie lo mencionó. Si mi doctora que siempre fue como con la verdad, después vino el Eze, le sacó una foto, me la mostró. Le conté a mi doctora que el Eze me mostró la foto y le dije que estaba todo bien. Y ella siempre estuvo, después ella me recomendó si yo quería ir con una psicóloga...”. (Entrevista n° 4).

En la tesis de doctorado de Pastor Montero (2016) se identificaron temas principales que se relacionan entre sí: significado y vivencias de la pérdida, percepción de la atención recibida, experiencia vivida del proceso de duelo, necesidades de información, impacto en el entorno (familiar y social). Además, se evidenció que, en relación a los cuidados en el puerperio, los padres demandan información sobre todo lo relacionado con la involución uterina, la supresión de la lactancia materna y los loquios. Para los padres la pérdida perinatal es una experiencia solitaria y muy dolorosa de aceptar, posiblemente es la peor experiencia de sus vidas. Aunque suelen recibir apoyo por parte de la familia y los amigos, la falta de comprensión, el minimizar la pérdida y el evitar hablar con los padres acerca de la pérdida hace pensar a las parejas que la pérdida del bebé no ha sido un hecho significativo. Tal es la importancia de esto, que los informantes expresan aislamiento debido a que no han encontrado personas en su entorno con las que puedan compartir esa experiencia, expresar sus emociones y que les ayuden a encontrar alivio y comprender lo sucedido. Pastor Montero (2015).

En cuanto a esta categoría se evidenció que la mayoría refiere haberse sentido especial, acompañados, contenidos y respetados durante esta etapa. Sin embargo, no existen testimonios que indiquen que esta atención perduró en el tiempo durante la etapa del duelo.

Por otro lado, existen percepciones muy diferentes e incluso opuestas en cuanto a esto. Una minoría menciona la falta de tacto durante la consulta con los profesionales de la salud, la incomodidad al momento de transmitir la noticia a las familias, el trato distante luego de informar que su hija/o ha fallecido. A su vez se mencionan ciertas discrepancias y falta de concordancia en cuanto a los partes médicos recibida.

Se menciona con diferencia la atención recibida por parte de enfermería en comparación con la atención médica. Haciendo énfasis en el tiempo dedicado y acompañamiento continuo por parte de enfermería, que fue mayor y constante. También se menciona que el tipo de cuidado fue desde la omisión y sin mencionar claramente los hechos. Tratando de eludir el tema, enfocándose en el bienestar de la madre.

DISCUSIÓN

Durante la investigación se vio que en su mayoría los padres transitaron con alegría su embarazo o la primera etapa del mismo. Se puede reflejar esto en la ilusión que generó la noticia de la llegada del nuevo integrante a la familia y las mujeres y familias sienten alegría al momento de enterarse del embarazo.

En consonancia con la investigación, Sebastiani, M. (2005) detalla que la sociedad impone a las mujeres la obligación de sentirse “inmensamente felices” durante el transcurso de un embarazo y no está bien visto que se hagan cuestionamientos acerca de que si lo que les ocurre es normal o anormal. Una mujer puede estar contenta por la llegada de un hijo, y a la vez tener miedo de que algo salga mal o sentirse incómoda ante los cambios corporales que experimenta.

Con respecto al momento previo a la confirmación de la pérdida los padres perciben incertidumbre, dudas e interrogantes que a su vez generan miedo respecto al posible desenlace final. Sobre esto se puede mencionar que Aimar (2009) coincide en que la incertidumbre es “un pensamiento probabilístico que se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo por un estado de continua certeza y la previsibilidad”.

Como cita Sebastiani, M. (2005) en el libro *Acerca del estado de embarazo: ¿Dulce espera?* también coincide que el miedo es algo muy real y una de las maneras de combatirlo es a través del conocimiento, por lo que el obstetra debe intentar tamizar de entre todas las palabras y actitudes de la embarazada qué es miedo y qué es fantasía.

La perspectiva de los padres en cuanto a la relación con el equipo de salud durante este proceso, evidencia que la mayoría se sintió acompañado, respetado y contenido. Sin embargo, expresaron la falta de continuidad en el tiempo de este cuidado y a la vez una omisión de los sentimientos y emociones de ellos.

En coincidencia con esto el estudio realizado por Pastor (2016), en el Área Materno Infantil del Hospital de Montilla (Córdoba), sobre las experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal, refiere que el conocimiento sobre el tema de la muerte perinatal de los profesionales de la salud que atienden estos casos es escaso.

CONCLUSIÓN

Se pudo concluir que los principales sentimientos expresados son la culpa, tristeza, vacío, soledad, desolación y un dolor incomparable y devastador tal como ellos mismos refirieron. La muerte del bebé desencadenó un brote emocional caracterizado por el shock, el dolor y la agudización de la sensación de soledad.

En relación a la atención de los profesionales de la salud la mayoría de los entrevistados se sintieron contenidos y acompañados emocionalmente, aunque solo durante ese momento, no durante el largo proceso del duelo. Dicha atención al abordar este duro momento que vivieron las familias, evidencia la necesidad de responder de manera adecuada y a lo largo del tiempo al cuidado de los padres que transitan el duelo.

Finalizando este estudio, el estudio visibiliza que las personas de la sociedad no tienen herramientas para aceptar la muerte en general, como un proceso natural ni para asumir el luto y el duelo que implica. No tienen el tiempo necesario para escuchar y sentir el dolor propio y ajeno, sintiendo muchas veces vergüenza por la idea de visualizar el sufrimiento, admitirlo y compartirlo. Cuando nos enteramos sobre la “pérdida” de un embarazo o la muerte de un bebé, al instante pensamos que es un hecho antinatural, suponiendo un fuerte impacto emocional y mental en nuestra vida o de la persona que lo atraviesa.

Ante una muerte perinatal o neonatal, los equipos de salud son los que primero tienen contacto con las necesidades de las mujeres y familias, y una de las aristas es la de la atención y contención psicológica, de acompañamiento ante la muerte perinatal y neonatal, colaboración en la elaboración de un duelo saludable, además de responder a las necesidades de salud que individualmente requieran. Como profesionales de Enfermería y parte del equipo de salud, debemos ser conscientes de las necesidades especiales que tienen estas familias

y de que necesitarán de un acompañamiento sensible para poder despedir a su hijo/a tanto como a los sueños y proyectos que se habían planeado desde la recepción de la noticia de embarazo.

Los profesionales de la salud están en primera fila para ofrecer consuelo y apoyo a las familias en duelo, para ayudar a los padres a despedirse de su bebé fallecido y para enseñarles sobre el proceso que implica. Hace falta una gran empatía profesional y la disposición de estar preparados para saber que los encuentros posteriores de seguimiento seguramente serán más de escucha y contención que de técnicas o resolución de inconvenientes, pudiendo ofrecer los recursos existentes para que sobrelleven la situación tales como: acompañamiento psicológico especializado en duelo, grupos de apoyo o aunque sea algún material de lectura.

REFERENCIAS

- Aimar, A (2009) El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Revista, Index Enfermería, (18)2*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009
- Asociación Americana de psiquiatría. (2014). Manual de Diagnostico de los trastornos mentales. DSM5^R. <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- Bustos Valdés, V. (2013) El Duelo. [Tesis para obtener la Acreditación del Diplomado en Tanatología. Universidad Veracruzana]. <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/216%20duelo.pdf>
- Campos Rodríguez, R. A, et al. (2016). Relación terapéutica enfermera – paciente. Instituto Nacional de Salud Materno Perinatal. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_0bfe76eaa88640f0b78b55e0d0ff5ef5/Description#tabnav
- Figueroa, M. et al. (2020) *Duelo: Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo*. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- Galvis López, M. (2015). Teorías y Modelos de Enfermería Usados en la Enfermería Psiquiátrica. *Revista, Cuidarte, (6)2*, 1108-1120. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359540742012.pdf>

- Guzmán Gómez C., Saucedo Ramos C.L. (2015). Experiencias, Vivencias y Sentidos en torno a la Escuela y a los Estudios. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, (20)67,1019-1054. <https://www.redalyc.org/pdf/140/14042022002.pdf>
- Martínez Osta, N. (2012) El duelo desautorizado: muerte perinatal Pechos llenos, brazos vacíos. <https://www.cop.es/uploads/PDF/DUELO-DESAUTORIZADO-MUERTE-PERINATAL.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina. Secretaría de Acceso a la Salud. Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. *Boletín N°163* (2021). Natalidad y mortalidad infantil 2019. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletinnro163.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina. Secretaría de Acceso a la Salud. Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2020). Estadísticas vitales. Información. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf
- Moneta, M. (2014) Apago y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, (85)3, 265-268. <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- Moyano, I. (2019) *Volvemos padres*. Propuestas para Organizar Nuestra Vida Durante el Puerperio. Editorial Atlántida.
- Lacasta Reverte, M. A. (2016). La atención al duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Revista Medicina Paliativa*, (23)4, 192-198. <https://www.medicinapaliativa.es/Documentos/ArticulosNew/S1134248X14001037.pdf>
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011) Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (31)1, 53-70. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades. Undécima Revisión (CIE-11). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/cie-11-guia-referencia-revision-11-feb2023.pdf>

- Pérez, M. B. s/f. Guía para familiares en duelo. https://www.bdv.cat/sites/default/files/common/Salut/guia_per_a_familiars_en_dol.pdf
- Lawrence, R. A (2021). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*. Elsevier Health Sciences.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). *Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación*. <https://www.re-dpal.es/wp-content/uploads/2018/12/MONOGRAFIA-duelo-.secpal.pdf>
- Prado, M. L. D., Souza, M. D. L. D., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000; 10.
- Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la Investigación Acción Participativa*. [Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, Alicante, España]. <http://hdl.handle.net/10045/54551>
file:///C:/Users/Raquel/Downloads/tesis_pastor_montero.pdf
- Sebastiani, M. (2005). Acerca del estado de embarazo: ¿Dulce espera? *Revista, Encrucijadas* (33). https://repositorioubu.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encrucij/index/assoc/HWA_541.dir/541.PDF
- Vicente Sáez, N. (2014) *Duelo Perinatal: El Duelo Olvidado*. [Tesis para obtener el grado en Trabajo Social. Universidad de Salamanca]. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128540/TG_VicenteSaez_Duelo.pdf;jsessionid=F98771F562C790BB7A60A0DAEB7CF7E0?sequence=1

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SOCIAL REPRESENTATIONS OF NURSING CARE

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Autores: Godoy, María Belén¹ y Martínez Díaz, Lucas Gonzalo²

RESUMEN

Introducción: Los cuidados tienen sus orígenes desde los inicios de la humanidad que han trascendido a lo largo de la historia, evolucionando y atravesando por diferentes etapas en el que han posibilitado la profesionalización del cuidado hoy en día. La Enfermería a nivel mundial cumple un rol fundamental al brindar sus cuidados, destacando su función dentro del sistema de salud, en el que a su vez socialmente posee una imagen o más bien una representación social. **Objetivo:** Analizar las representaciones sociales de los cuidados de Enfermería desde las percepciones y conocimientos que poseen las familias de pacientes internados en UTI, de una institución privada de Villa Carlos Paz, Córdoba 2023. **Metodología:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, se realizaron 54 entrevistas en profundidad con preguntas abiertas, con la primera pregunta enfocada a develar el conocimiento que poseen las familias sobre el rol de Enfermería, la segunda pregunta destinada a explorar la imagen social que poseen las familias sobre los cuidados de Enfermería recibidos, y la tercera pregunta enfocada en comprender las actitudes de cómo las familias perciben las relaciones que establecen con las Enfermeras/os. **Resultados:** Las dimensiones que surgieron fueron: *el rol Enfermero/a* (cuidados básicos, el apoyo emocional, Enfermería acompaña el inicio y final de la vida, cuidando desde la cercanía y Enfermería está preparada), *la imagen de la Enfermería* (importancia de la labor Enfermero/a, el cuidado subordinado, Enfermería como profesión y desde la experiencia) y *la relación Enfermería-familiar* (sentimientos y expectativas). **Discusión:** Se realizó la interpretación de los resultados obtenidos comparándolos con el conocimiento científico actual, de diferentes autores como Henderson (Rodríguez León et al, 2022) presenta una similitud con la categoría de los cuidados básicos de Enfermería en relación con su modelo de atención. **Conclusión:** El estudio visualiza la interpretación de dos representaciones sociales, destacando las mismas en función de la Enfermería como auxiliar y como profesión.

Palabras clave: Representación social, familia, cuidados de Enfermería.

Fecha de recepción: 22 de diciembre 2023. Fecha de aceptación: 25 de febrero 2024.

1. Enfermera profesional y operativa en Unidad de Cuidados Intensivos.

Contacto: belgodoy93@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0633-7712>

2. Enfermero profesional y operativo en Unidad de Cuidados Críticos.

Contacto: lucas.m.diaz.2708@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4301-3844>

ABSTRACT

Introduction: The origins of care date back to the beginning of humanity, evolving over time through various stages that have paved the way for the professionalization of care as we know it today. Globally, nursing plays a key role in providing care. Its function within the healthcare system is crucial, and it also holds a social image or representation. **Objective:** To analyze the social representations of nursing care through the perceptions and understanding of the families of patients hospitalized in the ICU of a private institution in Villa Carlos Paz, 2023. **Methodology:** A qualitative study with a phenomenological approach was conducted, involving 54 in-depth interviews with open-ended questions. The first question sought to reveal the knowledge families have about the role of nursing; the second explored the social image families have of the nursing care they receive; and the third question focused on understanding how families perceive the relationships they establish with nurses. **Results:** The following dimensions emerged: the nursing role (basic care, emotional support, nursing accompanies the beginning and end of life, and nursing is prepared), the image of nursing (importance of nursing work, subordinated care, nursing as a profession, and nursing from experience), and the nursing-family relationship (feelings and expectations). **Discussion:** The results obtained were interpreted by comparing them with current scientific knowledge from various authors, such as Henderson (Rodríguez León, 2022), who presents a similarity with the category of basic nursing care in relation to his care model. **Conclusion:** This study presents the interpretation of two social representations, emphasizing them based on nursing as an auxiliary role and as a profession.

Key Words: Social representation; family; care; nursing.

RESUMO

Introdução: Os cuidados têm suas origens desde os primórdios da humanidade e transcenderam ao longo da história, evoluindo e passando por diferentes etapas que possibilitaram a profissionalização do cuidado nos dias de hoje. A enfermagem, a nível mundial, desempenha um papel fundamental ao prestar cuidados, destacando sua função dentro do sistema de saúde, onde, socialmente, possui uma imagem ou mais precisamente, uma representação social. **Objetivo:** Analisar as representações sociais dos cuidados de enfermagem a partir das percepções e conhecimentos que as famílias dos pacientes internados em UTI de uma instituição privada de Villa Carlos Paz, 2023, possuem. **Metodologia:** Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, foram realizadas 54 entrevistas em profundidade com perguntas abertas, sendo a primeira pergunta focada em revelar o conhecimento que as famílias possuem sobre o papel da enfermagem, a segunda pergunta destinada a explorar a imagem social que as famílias têm sobre o cuidado de enfermagem recebido, e a terceira pergunta focada em compreender as atitudes de como as famílias percebem as relações que estabelecem com os enfermeiros(as). **Resultados:** As dimensões que surgiram foram: o papel do enfermeiro (Cuidado básico, apoio emocional, enfermagem acompanha o início e o fim da vida, cuidando de perto, e enfermagem está preparada), a imagem da enfermagem (Importância do trabalho do enfermeiro, cuidado subordinado, enfermagem como profissão e a partir da experiência) e a relação enfermagem-família (sentimentos e expectativas). **Discussão:** A interpretação dos resultados obtidos foi realizada comparando-os com o conhecimento científico atual, de diferentes autores como Henderson (Rodríguez León, 2022), que apresenta uma semelhança com a categoria do cuidado básico de enfermagem em relação ao seu modelo de atendimento. **Conclusão:** O estudo visualiza a interpretação de duas representações sociais, destacando-as em função da enfermagem como auxiliar e como profissão.

Palavras-chave: Representação social, família, cuidado, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de Enfermería tienen sus orígenes desde los inicios de los tiempos, en el que, al transcurrir las etapas de la historia o siglos, la percepción del cuidado ha ido cambiando. Según Colliere (citado en Martínez Martín, M. L., et al. 2017.) estas transformaciones del cuidado a lo largo del tiempo, las distingue en cuatro etapas y las denomina de la siguiente manera:

- Etapa doméstica: Caracterizada por la mujer brindadora de cuidados a través de la implementación de las medicinas primitivas.
- Etapa vocacional: Identificada por el cuidado religioso a los enfermos, los pobres y los desvalidos; proporcionado desde la iglesia católica.
- Etapa técnica: Centrada en la lucha contra la enfermedad y enfocada en la persona como enfermo; caracterizada por los avances científicos, conceptuales y tecnológicos que contribuyeron al desarrollo de la Enfermería. Teniendo su auge en las acciones de Florence Nightingale para profesionalizar la Enfermería, mediante la creación de las primeras Escuelas de Enfermería, como así también, la creación del Consejo Internacional de Enfermería.
- Etapa Profesional: La Enfermería se consolida como disciplina y profesión con la responsabilidad del cuidado de las personas y la comunidad. Se desarrollan diferentes modelos y teorías del cuidado enfermero, diferentes especialidades, se determinan las funciones de la profesión (docencia, investigación, asistencial y gestora).

Siguiendo con lo desarrollado anteriormente, a mediados del siglo XX (Etapa profesional), Kerouac (citado en Mezcua Navarro et. al. 2015) propuso una clasificación de los modelos y teorías de Enfermería en tres paradigmas (categorización, integración y transformación) y seis Escuelas (escuela de las necesidades, de los efectos deseados, del caring, de interacción, de promoción de la salud y de ser humano unitario). En dicha clasificación, dentro de la Escuela de las necesidades integra la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Según lo expuesto por Rodríguez León et. al. (2022), los postulados teóricos de Virginia Henderson sustentan principios fisiológicos y psicológicos englobados en las 14 necesidades básicas, en que la Enfermera percibe a la persona como un ser integrado de necesidades humanas que debe ayudar en su satisfacción para que logre su autonomía.

En cada uno de los modelos de Enfermería existen cuatro conceptos centrales de la disciplina y la profesión, según Fawcett (citado por Vega Angarita, 2006) son los más importantes del conocimiento Enfermero y las denomina metaparadigmas, los cuales son: la persona, el medio ambiente, la salud y el cuidado Enfermero.

Actualmente, a través de la percepción y reconocimiento profesional por parte de la sociedad que exige valores, se crean dos pilares: liderazgo y empoderamiento (Quispe Yurquina et.al., 2018).

Con el paso del tiempo, las áreas de desempeños de Enfermería se han incrementado, en las que se logra destacar el asistencial implementado en el sistema de salud. El sistema de salud como institución, integrado por personas y políticas que dirigen las acciones de la salud poblacional, definido por la OMS (OPS, 2023).

Socialmente, como toda profesión, se encuentra bajo diferentes representaciones sociales. Estas representaciones están determinadas por Serge Moscovici en su Teoría y es conceptualizada como:

“... Un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, donde se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (Amador, 2004, p. 64).

A su vez, diversos autores han hecho propios los constructos teóricos de Moscovici, como sucede así con Jodelet (s/f), quien ha realizado sus transformaciones a la teoría exponiendo la siguiente definición:

“... Una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyo contenido manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados, designa una forma de pensamiento social, (...) constituye modalidades de pensamiento práctico hacia a comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal” (p. 35).

La Teoría de Serge Moscovici (citado en Amador, 2004), posee tres dimensiones en las que se encuentran desarrolladas: la información, el campo de representación y la actitud. A su vez, Jodelet propone una dimensión, los estereotipos, que hace referencia a las categorías derivadas de un grupo o género que se caracterizan por su rigidez.

A su vez, Amador (2004) requiere de dos procesos para su formación que son: “objetivación y anclaje”, según este autor es la forma en que el objeto o conocimiento se transforma en representación y como sí, cambia lo social.

Por lo descriptivo anteriormente el objetivo de este estudio fue analizar las representaciones sociales de los cuidados de Enfermería recibidos desde las percepciones y conocimientos que poseen las familias de pacientes internados en UTI, de una institución privada de Villa Carlos Paz, Córdoba 2023.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico desde la Teoría de las Representaciones Sociales (Jodelet, 2020), mediante la implementación de las tres dimensiones propuestas por Serge Moscovici y la última agregada por la autora Jodelet (citado en Molina y Suarez, 2017); permitió describir, identificar y comprender las representaciones que las personas presentaban en base a situaciones, hechos, objetos y acontecimientos.

Este estudio se realizó en el Sanatorio Privado Punilla de la Localidad de Villa Carlos Paz, en Córdoba, Argentina. Esta investigación contó con un universo de 54 familiares de los pacientes que se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicha institución.

Para la recolección de datos se realizó una entrevista en profundidad, a través de un consentimiento informado, permitiendo la expresión de los familiares y se analizó utilizando el análisis del discurso.

RESULTADOS

Los hallazgos obtenidos, para una mejor interpretación, se ordenaron en función a los objetivos específicos en el presente informe de investigación. Por lo que se han determinado diferentes dimensiones, mediante el análisis de las entrevistas realizadas, relatos e interpretaciones.

La primera dimensión que surgió fue *el Rol enfermero/a* y las siguientes categorías de la dimensión: cuidados básicos, apoyo emocional, Enfermería acompaña el inicio y final de la vida, cuidando desde la cercanía y Enfermería está preparada.

En la primera categoría se destacan los *Cuidados básicos*, esta categoría se encuentra sustentada por la siguiente narrativa:

“... O sea, extraer sangre, cambiarla a la paciente... ¿o sea los cambia una enfermera?... Mover a la paciente... Curar heridas, cuidar a los pacientes... Que no se desconecte nada... de la sonda...” (S1, comunicación personal, 03/2023).

El cuidado tiene sus orígenes en los inicios de la misma humanidad, siendo diferentes personas las que ejecutaban los diferentes cuidados que hacía la propia Enfermera, siendo los mismos comprendidos por la alimentación, higiene, seguridad, movilización, entre otras. (Mena Tudela, et. al, 2016).

La segunda categoría que surge es el *Apoyo emocional*, se encuentra sustentada por la siguiente narrativa:

“... La atención del paciente si está consciente, la parte humana y de poder contener comunicarse con el paciente y sostenerlo emocionalmente.” (S25, comunicación interna, 03/2023).

Siendo considerado por Francia (2021) como la capacidad de brindar cuidados mediante la escucha activa, empática y comprensiva con la finalidad de tranquilizar a la persona.

La tercera categoría que se manifestó fue *Enfermería acompaña el inicio y final de la vida*, la misma se encuentra avalada por la siguiente narrativa:

“... Enfermería es como el área más importante de la salud, de primera asistencia, de acompañamiento en el proceso y también al finalizar...” (S37, comunicación personal, 03/2023).

Según lo expuesto por Colliere (citado en Rodríguez Jiménez et al, 2014), el cuidado de Enfermería es un acto que permite el inicio de la vida mediante nacimiento, el desarrollo a través del mantenimiento y el final de la misma a través de los cuidados paliativos.

La cuarta categoría que se destacó fue *Cuidando desde la cercanía*, siendo la misma afirmada por la siguiente narrativa:

“... La persona que está en Terapia Intensiva no ve la luz del sol, no ve, no está 24 horas con su familia entonces los enfermeros/as pasan a ser sus cercanos más próximos” (S38, comunicación interna, 03/2023).

Según lo mencionado por Achury y Pinilla (citado en Lopera Betancur, 2016), “las Enfermeras acompañan porque se entienden a sí mismas como compañeras de los familiares gracias a su obligación profesional y cultural de acompañar” (p.31). En el que, a su vez, la enfermería acompaña desde la obligación debido a la necesidad del paciente, ya que siempre la Enfermera es quién está al lado de la persona en sus diferentes momentos.

La quinta categoría que se destacó fue *Enfermería está preparada*, y es confirmada por la siguiente narrativa:

“... Son admirables... eh... es un lugar en el que... en el que nadie quiere estar así qué hay que tener personas... capacitadas para... desenvolverse en momentos difíciles” (S4, comunicación personal, 03/2023).

La autora, Lara (2021), expresa que para ser Enfermeros/as deben formarse y prepararse mediante el cursado de la carrera universitaria, como así también, aprender de manera continua.

La segunda dimensión que surgió fue *la imagen de la Enfermería* y las diferentes categorías que surgen de la misma son: importancia de la labor enfermero/a, cuidados subordinados, Enfermería como profesión y desde la experiencia.

La primera categoría que surgió de la segunda dimensión fue *la importancia de la labor enfermero/a* y ha sido avalada por la siguiente narrativa:

“... La Enfermería es una parte muy importante para cuando la persona está internada, para que lo cuiden, para que le hagan todo lo que el paciente necesite desde la inyección hasta todo lo demás.” (S31, comunicación personal, 03/2023).

La importancia del trabajo de Enfermería es manifestada por el Consejo Internacional de Enfermería (2023), donde expresa que Enfermería es quien proporciona el cuidado con el liderazgo capaz de abordar los retos de la salud global y siendo uno de los pilares fundamentales de la salud para ayudar a la construcción de sociedades más sanas.

La segunda categoría que se destacó fue el *cuidado subordinado*, la misma ha sido sustentada por la siguiente narrativa:

“... Es un auxiliar de la medicina que colabora con la parte del profesional médico.” (S 25, comunicación personal, 03/2023).

Según Colliere (citado en Martínez Martín, et. al. 2017), desde la era vocacional hasta mediados del siglo XX prevaleció el cuidado subordinado. En la era vocacional predominó la subordinación del cuidado por parte de los sacerdotes y posteriormente, con el pasar del tiempo, pasó a estar bajo las diligencias de los médicos.

La tercera categoría que surgió fue la *Enfermería como profesión*, siendo avalada por la siguiente narrativa:

“... Enfermería es una profesión dentro de la clínica, que cumple un rol importantísimo en el cuidado diario de las personas.” (S34, comunicación personal, 03/2023).

La Enfermería, según Chamorro (citado en Moreno Sánchez et al, 2017) es considerada una profesión joven, que ha atravesado por diferentes momentos históricos hasta su profesionalización; la pelea de la Enfermería para lograr un reconocimiento y un avance en el ámbito social, laboral y económico ha infundido mucho esfuerzo de su parte a lo largo del tiempo, logrando su significación como arte, ciencia y técnica.

La cuarta categoría que se destacó fue *desde la experiencia*, y está sustentada por la siguiente narrativa:

“... Bueno yo como fui paciente o paciente en alguna oportunidad en algún centro de salud la Enfermería para mi es vital y es una de las ramas más importantes que tiene el tema de la salud para los pacientes, ¿por qué? porque es el que tiene el trato casi directo con el paciente permanentemente, yo eh notado, lo he vivido por experiencia” (S46, comunicación personal, 03/2023).

La experiencia es definida, por Vanegas García, et. al. (2018), como la manera que tienen las personas para relacionar y asumir el mundo y la vida, la misma varía de sujeto a sujeto, por lo que, es única e intransferible. Lo que uno vivencia no lo puede experimentar el otro.

La tercera dimensión es conceptualizada como *la relación enfermera/familia*, y de la misma yacen dos categorías: Sentimientos y expectativas.

La primera categoría hace referencia a los *sentimientos*, siendo sustentada por la siguiente narrativa:

“... Ser amables, ponen límites para la hora de la visita y nosotros nos enojamos con ustedes” (S53, comunicación personal, 05/2023).

Los autores, Duque Ortiz y Arias Valencia (2020), exponen que las familias del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos experimentan múltiples emociones y sentimientos, como por ejemplo la culpa, la angustia, el miedo, o confianzas relacionadas a la falta de conocimiento y de información, con la necesidad de una comunicación de manera entendible y con un vocabulario adaptado a la comprensión del otro. A su vez, explican la necesidad de cercanía a su familiar reflejando su importancia en la triada Enfermería-familiar-paciente, con la finalidad de mejorar el cuidado tanto para la familia y el paciente.

La segunda categoría es denominada *las expectativas*, siendo avalada por la siguiente narrativa:

“... Yo espero que sea, no sé cuándo me tengan que decir las cosas que me las digan bien, de buen modo... este que por ahí uno no entiende nos expliquen viste todas esas cosas y que cuiden al paciente que vos dejás” (S54, comunicación personal, 05/2023).

Consecuentemente, Gómez y López (2016), exponen que las expectativas que poseen las personas sobre el cuidado están relacionadas a lo que subjetivamente esperan del personal de Enfermería.

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos de la presente investigación en la primera categoría que hace referencia a los *cuidados básicos*, de la primera dimensión surgida rol de enfermería, se encontró una publicación en donde se hace mención a los constructos teóricos de Virginia Henderson (citado en Rodríguez León, 2022), en el que expone su modelo teórico sobre las 14 necesidades básicas que se relacionan entre sí, que van desde lo fisiológico hasta lo psicológico, y que la Enfermera deberá colaborar para que la persona logre su mayor autonomía e independencia.

Con respecto a la segunda categoría haciendo mención al *apoyo emocional*, lo expuesto por Cum Caal (2017), hace referencia a la relación de Enfermera y el paciente o cliente fomentando la conexión entre ellos, caracterizada por diferentes sentimientos como la comprensión, empatía, relación religiosa, reconocer al otro como un ser importante.

En relación con la tercera categoría, *Enfermería acompaña el inicio y el final de la vida*, coincide con lo expuesto por Rodríguez Cruz y Esposito Concepción (2018), donde explican que la Enfermería ocupa un lugar importante por su permanencia al lado del paciente en las diferentes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte y siendo flexible ante las diferentes necesidades de la persona.

Por otra parte, la cuarta categoría, *cuidando desde la cercanía*. La misma refleja una coincidencia con la teoría planteada por Camacho et al. (2020), donde explica que la Enfermería fomenta el sentimiento de cercanía hacia el otro, mediante el acompañamiento. Haciendo referencia a estar con el otro, acompañarlo y caminar junto al paciente.

En cuanto a la quinta categoría, *Enfermería está preparada*, es afirmado por los conocimientos teóricos de Barbera Ortega, et al. (2015) donde explica que el Enfermero/a debe formarse y continuar adquiriendo conocimientos de manera continúa favoreciendo el cuidado impartido.

Por otro lado, la segunda dimensión que hace referencia a *la imagen de la Enfermería*, se logró encontrar una investigación de Colombia que coincide con lo evidenciado en la categoría la importancia de la labor enfermero/a. Ramón de Terán y Guevara Rumbos (2023), expresan la importancia del profesional de Enfermería debido a sus diferentes capacidades en la que destacan la adversidad ante situaciones de crisis, la vocación expresada como compromiso hacia el otro y con uno mismo en la búsqueda constante del bienestar. A su vez, la relevancia de la autoconciencia y autoconocimiento favorece el crecimiento personal como profesional, para descubrir el potencial propio.

Por otra parte, en la segunda categoría haciendo referencia al *cuidado subordinado*, coincide con Colliere (citado en Martínez Martín, et. al 2017), donde exponen que a finales del siglo XIX y mediados del XX, donde la Enfermería era considerada como un auxiliar de la medicina, siendo la subordinada del médico impidiendo la formación de conocimientos e inclusive la incapacidad de formular criterios para la toma de decisiones.

En relación con la tercera categoría, la *Enfermería como profesión*, concuerda con la Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería [CNAPE] (2022), quien expone que la Enfermería en el presente siglo (XXI) es considerada una profesión que brinda cuidados autónomos dirigidos a prestar un servicio de calidad a los pacientes, familia y comunidad, sin importar el nivel de atención y el contexto donde se desempeñe.

Con respecto a la cuarta categoría, *desde la experiencia*, se encontró una similitud con los estudios de Silvestro (2018), donde expone que desde la experiencia las personas generan sentimientos, sensaciones corporales, entre otros, donde la misma guía a una transformación del cuidado mediante la perspectiva del cuidado de la familia.

En cuanto a la tercera dimensión hallada, haciendo referencia a *la relación Enfermera/familia*, yace la primera categoría que hace mención a *los sentimientos de la familia*. Se logró encontrar una coincidencia con lo expuesto por Gálvez Cerdán y Mesta Delgado (2020) que como profesionales se debe acompañar tanto al paciente y a su familia para afrontar la adversidad de la situación de salud y poder brindarles una compañía en la que se presentan diversidades de sentimientos y emociones, donde destaca la poca empatía, escaso soporte emocional, la escasa comunicación, los temores y miedos.

La última categoría que hace hincapié en *las expectativas* de la familia, coincide con la autora Gastello Villanueva (2016), quien expone en su investigación que la familia puede tener ciertas expectativas como: que las Enfermeras sean más humanitarias con un trato amable y cordial, deberían brindar información y fomentar la comunicación empática. Estas expectativas pueden ser positivas-negativas en comparación de la situación que se vivencian en la visita.

CONCLUSIÓN

Al explorar y analizar las narrativas de las familias sobre los cuidados de Enfermería, se logró construir dos representaciones sociales alcanzando el objetivo planteado en la presente investigación.

La primera representación social hace referencia particularmente a un gran grupo de personas de la población entrevistados que evidencia lo siguiente: la enfermería es un auxiliar que brinda cuidados dependientes de la orden médica, por lo que no es autónomo, en la que, a su vez implementan cuidados básicos en el paciente destinados a las satisfacciones de las necesidades simples y principalmente en la contención. Además de considerarlo una rama importante para la medicina, haciendo hincapié en el acompañamiento del inicio y el final de la vida.

La segunda representación social, definida por un minoritario grupo, donde visualiza a la Enfermería como una profesión formada que brinda cuidados humanizados que considera los sentimientos y las expectativas expresadas en el marco de la relación enfermero/a/familia y en el que se destaca la cercanía del acompañamiento de Enfermería.

REFERENCIAS

- Amador Pérez, S. E. (2004). *La Representación Social de la Teoría de la Representación Social. Capítulo 4*. Tesis de Maestría. Calidad de la Educación. Departamento de Ciencias de la Educación, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla. Julio de 2004. https://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/amador_p_se/capitulo4.pdf
- Barbera Ortega, M. C., et. al. (2015). Formación académica del profesional de Enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. España. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23(3):404-10. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NmxWWLPWbJLYzqxXRGpjmcy/?lang=es&format=pdf>
- Camacho, E. B.; et. al. (2020). *Estrategias de acompañamiento de Enfermería dirigida a padres de niños con gastrostomía*. Escuela de Enfermería. FCM. UNC. Argentina. <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/29133/20%20INV.%209468%20PI.%202833.pdf?sequence=1>
- Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería [CNAPE]. (2022). *Reconceptualización de la Enfermería como profesión del siglo XXI en Argentina*. Ministerio de Salud de Argentina. Buenos Aires. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/reconceptualizacion_de_enfermeria_en_argentina_con_formato_institucional_ok.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2023). *Informe sobre el Día Internacional de la Enfermera 2023: Nuestras enfermeras, Nuestro futuro. Con la nueva Carta para el cambio del CIE*. Ginebra, Suiza https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf
- Cum Caal, D. R. (2017). *Apoyo emocional que brinda el personal de Enfermería, a las usuarias posaborto en el servicio de ginecología, hospital regional de Santa Cruz, Guatemala*. Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrce/2017/09/02/Cum-Debora.pdf>
- Duque Ortiz, C. y Arias Valencia, M. M. (2020). Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. *Enfermería Intensiva*; Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). 31(4):192-202. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239920300250>
- Francia, G. (2021). *Apoyo emocional: que es, ejemplos y cómo darlo*. Psicología-Online. <https://www.psicologia-online.com/apoyo-emocional-que-es-ejemplos-y-como-darlo-5818.html>

- Gálvez Cerdán, R. S. y Mesta Delgado, R. P. (2020). *La comunicación y apoyo emocional en Enfermería desde la perspectiva del familiar del paciente crítico en un hospital público*. ACC CIETNA. Revista de la Escuela de Enfermería. Vol. 7(1), pp. 65-74. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/358/773>
- Gastelo Villanueva, A. P. (2016). *Percepción y expectativa de los familiares sobre la atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos*. Universidad Católica los Ángeles Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. Piura. Perú. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/11057>
- Gómez, L. J. y López, C. L., (2016). *Expectativa del cuidado de Enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos del cuidado*. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 12, Año 11, pp. 49-60. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1686/1324>
- Moscovici, S. (2002). *La representación social un concepto perdido*. Instituto de Estudios Peruanos (IEP). Taller Interactivo: Prácticas y Representaciones de la Nación, Estado y Ciudadanía en el Perú. https://fre.uy/a/ab7139d1/representacion_social_un_concepto_perdido_moscovici.pdf
- Jodelet, D. (s/f). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Editado en sección 13: pensamiento y vida social. <https://sociopsicologia.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>
- Jodelet, D. (2020). Sobre el Espíritu del tiempo y las representaciones sociales. *Revista Cultura y representaciones sociales*. Vol.15 N°29. Ciudad de México. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102020000200019
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2007). *El Pensamiento Enfermero*. Versión impresa. Reimpresiones 2007. Editorial Elsevier Masson. Barcelona. España.
- Lara, B. (2021). *Profesionales de Enfermería bien preparados*. Revista Bienestar Colsanitas. Bogotá Colombia. <https://www.bienestarcolsanitas.com/articulo/profesionales-en-enfermeria-bien-preparados>
- Lopera Betancur, M. A. (2016). *Acompañar en la muerte es un pilar del cuidado, una dolorosa obligación y un dilema*. Revista Ciencia y Enfermería. Cienc. Enferm. vol.22 no.1 Concepción. Medellín. Colombia. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100006>

- Martínez Martín, M. L., et. al. (2017). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado Enfermero*. 3ª Edición. Editores: Elsevier España. Fundación Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=284360>
- Mena Tudela, D., et. al. (2016). *Cuidados básicos de Enfermería*. Universidad Departamental de Enfermería. Universitat Jaume. (UNE) Unión de Editoriales Universitarias Españolas. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/70159/1/2016_Mena_etal_Cuidados-basicos-de-enfermeria.pdf
- Mezcua Navarro, S. et.al. (2015). *Capítulo 1: Modelo y teorías de Enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. Manual CTO: Oposiciones de Enfermería*. CTO Editorial SL. Vol. 1(1). España. <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
- Molina, N. V. y Suárez, I. A. (2017). *La imagen social de los enfermeros según la opinión de la Comunidad de Santa María de Punilla*. Repositorio Digital UNC. Oficina de Conocimiento Abierto. Portal de Revistas. Universidad Nacional de Córdoba. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/25815>
- Moreno Sánchez, Y. M., et. al. (2017). *Cronología de la profesionalización de la Enfermería*. Revista Logos, Ciencia & Tecnología. Vol. 9(2). pp. 63-81. Colombia. Redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/5177/517753268005/517753268005.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: un marco para análisis de políticas*. Editado por Papanicolas y colab. Serie de políticas de salud N° 57. Washington DC. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57392/9789275326787_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Quispe Yurquina, E. M. et.al. (2018). *Representación social de la imagen del Enfermero pre hospitalario*. Proyecto de Investigación. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/26655/18%20INV.%209295%20PI.%202661.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramón de Terán, T. K. y Guevara Rumbos, B. J. (2023). *La esencia de ser profesional de Enfermería en tiempos de crisis*. Repositorio Institucional de la Universidad Norbert Wiener. Lima. Perú. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9446>

- Rodríguez León, A., et.al. (2022). *Virginia Henderson, cuidado paliativo desde una perspectiva holística*. Revista Ocronos. Vol. V. N° 8– agosto 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°8: 116. España. <https://revistamedica.com/virginia-henderson-cuidado-paliativo/>
- Rodríguez Cruz, O. y Expósito Concepción, M. Y. (2018). La enfermera y los cuidados al final de la vida. *Revista Cubana de Enfermería*. Vol.34. N°4. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328/391>
- Rodríguez Jiménez, et. al. (2014). *Una mirada fenomenológica del cuidado de Enfermería*. Revista Enferm. Univ vol.11 no.4 Ciudad de México. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005
- Silvestro, L. (2018). *Percepción de las personas que viven experiencias de salud, acerca de los cuidados que brinda Enfermería, en el ámbito público*. Universidad Nacional de Villa María. Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas. Córdoba. http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1779
- Venegas García, J. H. et. al. (2018). *Capítulo IV: La experiencia de la salud, la enfermedad y la discapacidad a través de la conciencia corporal*. La discapacidad: en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. pp.14-177. Universidad Simón Bolívar. Caracas. Venezuela. <https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/b2da9001-299b-42cc-be0f-1b7d0e3c8ed9/content>
- Vega Angarita, O. M., (2006). *Estructura del conocimiento contemporáneo de Enfermería*. Revista Ciencia y Cuidados. Universidad Francisco de Paula Santander de Cartagena. Facultad de Ciencias de la Salud. Colombia. <file:///C:/Users/Carlos/Downloads/Dialnet-EstructuraDelConocimientoContemporaneoDeEnfermeria-2533967.pdf>



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 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-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, 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: 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) -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, 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: restringidas al mínimo. Considerar Normas APA. Última edición.

Referencias: 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) -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 (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) -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, 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) - 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, 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.