

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



▶ AÑO 9 VOLUMEN 1
NÚMERO 13



2019

ISSN: 2250-5628

Universidad Nacional de Salta



revistafsalud@gmail.com





REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ISSN: 2250-5628

Año 9 Volumen 1 Número 13/ 2019

Universidad Nacional de Salta

AUTORIDADES

C.P.N Victor Hugo CLAROS

Rector

Dra. Graciela del Valle MORALES

Vice-Rectora

Lic. María Silvia FORSYTH

Decana

Lic. Carlos Enrique PORTAL

Vice-Decano

Esp. Nélide Elina CONDORÍ

Secretaría Académica

Mg. Mirella Beatriz PERALTA

Secretaría de Asuntos Institucionales

Lic. Enzo GONCALVEZ de OLIVEIRA

Secretario de Postgrado, Investigación y Extensión
al Medio

CORRESPONDENCIA

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud

Facultad de Ciencias de la Salud - UNSa

AV. Bolivia 5150 - CP: 4400

SALTA - ARGENTINA

COMISIÓN EDITORIAL

Mg. Marcela MARTÍNEZ BUSTOS

Dra. Carolina IBARGUREN

Lic. Fernanda IRRAZABAL

Mg. Dora Susana MORENO

Dra. Agustina LOTUFO

Lic. Enzo Goncalvez de OLIVEIRA

Dr. Luis Antonio PARADA

Esp. Mirella PERALTA

Mg. Adriana RAMÓN

Esp. María Julia RIVERO

Mg. Eugenia María VILLAGRÁN

Lic. Fernando VILLALVA

EDICIÓN Y REVISIÓN EN INGLÉS

Lic. María Fernanda IRRAZABAL

Mg. Dora Susana MORENO

EDITOR Y COMPILADOR RESPONSABLE

Elena Victoria FARFÁN AGUIRRE

COEDITOR

Carolina CARMINATTI VEGA

DISEÑO DE TAPA

María Victoria GUTIÉRREZ

CONTACTO

revistafsalud@unsa.edu.ar

revistaFCS@unsa.edu.ar



Pág

- 04** ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA COMO FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO EN SUJETOS CON PADECIMIENTO MENTAL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE ÚLTIMO BIMESTRE 2017
Fátima del Rosario ÁLVAREZ - Maira Micaela CANCINOS
- 15** VIVENCIAS DE RECREACIÓN DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL INTERNADAS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL Dr. MIGUEL RAGONE SALTA 2015.
María Mercedes CAMPOS - Carlos Daniel ROJAS
- 33** IMPACTO EMOCIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AL INICIO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO, EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CAPITAL FEDERAL, AÑO 2015.
Joana Mercedes SANCHEZ
- 42** MODOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON OSTOMIA INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA BUENOS AIRES AÑO 2015.
Carlos Martín ROMERO
- 50** NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL SALTA 2016.
Amparo Alejandra CHOQUE RIVERA
- 56** APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN VENOSO PERIFÉRICA EN EL SECTOR HOSPITALIZACIÓN ADULTOS DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL AÑO 2018.
Rosana Herminia Leonor OCHOA - Mónica Elizabeth RAMOS
- 64** INFLUENCIA DEL NIVEL DE RUIDO DE LOS DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS EN LA ANSIEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL
Norma Beatriz CONDORÍ - Marta Delicia RAMOS MAMANÍ
- 71** REPRESENTACIÓN SOCIAL DE ENFERMERÍA LA MIRADA DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA UNSA 2015-2016
Laura de los Angeles CHAÑI - Luis Abel ESCALADA
- 82** REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN
COMISIÓN EDITORIAL DE LA REVISTA DE LA FCS



**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO FACTORES DETERMINANTES
DEL AUTOCUIDADO EN SUJETOS CON PADECIMIENTO MENTAL
HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE
ULTIMO BIMESTRE 2017**

**DAILY LIVING ACTIVITIES AS DETERMINANTS OF SELF-CARE IN PATIENTS
WITH MENTAL ILLNESS MENTAL HEALTH HOSPITAL. DR. MIGUEL RAGONE
-LAST TWO-MONTH PERIOD, 2017**

Álvarez, Fátima del Rosario*, Cancinos, Maira Micaela **, Lic. Flores, Omar Gerardo ***

*Lic. en Enfermería, **Lic. en Enfermería, ***Lic. En Enfermería, Director de Tesis

Contacto: Maira Micaela CANCINOS E-Mail: moraguadalupecancinos@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: evaluar las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria (ABVD – AIVD), como factores determinantes del autocuidado.

METODOLOGIA: estudio cuanti-cualitativo, observacional-descriptivo de corte transversal. Técnica: observación no participante. Instrumento: “Guía de Observación” según la “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”.

RESULTADOS: 53% masculino. Edad 50 años \pm 13 DS. El 73% padecían Esquizofrenia. Internación de 12 años \pm 7 DS. Autocuidado: 100% NO “corta la comida”, “maneja utensilios” y “agarra la comida con utensilios”, aspectos “Gravemente comprometidos (GC)” por falta de utensilios. En el 90% otros escogían su ropa. El lavado de manos GC en el 78%. Higiene bucal y Visita al dentista, GC en más del 85%. Las ABVD: comer, vestir y baño no comprometidas en más del 50%. Las AIVD: GC 86% “control del dinero” y el “viaja en transporte público” (son ayudados por otros). No realizaban autónomamente actividades de ocio.

CONCLUSIONES: los sujetos presentan largo tiempo de internación, lo que sugiere, que la cronicidad es una condición se deteriora cada vez más, la funcionalidad de los sujetos. Se debe fortalecer el Autocuidado en los sujetos como parte del tratamiento.

PALABRAS CLAVES: *Padecimientos mentales, Sujetos de atención, Autocuidado, Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: assessment of basic and instrumental daily living activities (BDLA & IDLA) as determinants of self-care.

METHODOLOGY: quanti-qualitative, observational descriptive cross sectional study. Technique: non-participant observation. Instrument: Observation Guide according to the Nursing Outcomes Classification (NOC).

RESULTS: male 53%. Age 50 years (\pm 13 SD). 73% of patients suffered from schizophrenia. They have a 12-year stay in hospital. (\pm 7 SD). Self-care: 100% of patients don't cut food, don't handle utensils and don't use utensils to eat; these aspects being seriously compromised (“GC”) due to lack of utensils. 90% of patients chose their clothes. Hand washing was “GC” in 78% of patients. Mouth hygiene and dentist visiting was “GC” in more than 85% of patients. As to BDLA, eating, clothing and having a bath were not compromised in more than 50% of patients. Regarding IDLA, money handling and travelling by public transport (with the help of others), “GC” in 86 % of patients. They did not perform leisure activities autonomously

CONCLUSIONS: subjects of care have been hospitalized for a long time, all of which suggests that chronicity is an increasingly deteriorating condition of their functionality. As part of their treatment, self-care must be reinforced

KEY WORDS: *Mental illnesses, Subjects of care, Self-Care, Basic and instrumental daily living activities (BDLA & IDLA).*



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud *“Como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1948). Asimismo, define a la Salud Mental *“Como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés de la vida, trabajar de modo productivo y fructífero y contribuir a sus comunidades”* (OMS, 2001).

En un plano estrictamente sanitario se viene acarreado una situación que coloca a la psiquiatría en franca discriminación frente al resto de especialidades médicas. Pese a esto, el desafío de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 es *“asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de quienes sufren padecimiento mental.”* En este escenario, es donde el rol de enfermería tiene una tarea difícil, porque debe buscar y propender al máximo el nivel de autocuidado en estos sujetos con padecimiento mental, lo que es un trabajo complejo ya que depende de los recursos y habilidades del profesional de enfermería para brindar cuidados de calidad.

En el trabajo abordaron el autocuidado como *“la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar”* (Marriner A y M. Raile, 2007). Desde la Teoría General de Autocuidado, propuesta por D. Orem, en las personas con padecimiento mental, es frecuente que exista un déficit de autocuidado, es decir, que la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad, no percibe la necesidad o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir sus demandas. Es en este punto, donde el rol de enfermería se torna esencial, para favorecer el autocuidado.

El autocuidado, está determinado por factores internos y externos que cuando interactúan de manera favorable, permiten una buena calidad de vida. Como lo afirma Fornés Vives, J. (2012) *“una persona es autónoma cuando es capaz de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin depender de otras personas.”* A este conjunto de actividades se las puede identificar como Actividades Básicas

y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

En nuestro contexto local, no existían investigaciones referidas a la determinación de las actividades que poseían los sujetos con padecimiento mental que residían en el hospital monovalente. Por esto ellas consideraron fundamental abordar como estas personas se desenvolvían respecto a su autocuidado cotidiano.

OBJETIVOS

Objetivo general: de este estudio fue evaluar las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria, como factores determinantes del autocuidado, en sujetos con padecimiento mental, internados en las salas de varones y mujeres del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el último bimestre del 2017.

Objetivos específico: caracterizar a los sujetos según la edad, sexo, estado personal, diagnóstico psiquiátrico y tiempo de internación.

Evaluar la capacidad de resolución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria que intervienen en el autocuidado: comer, vestir, baño, higiene, higiene bucal.

Identificar la capacidad de resolución de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y la participación en actividades de ocio.

METODOLOGÍA

El presente trabajo fue de tipo cuanti-cualitativo, utilizando el método observacional-descriptivo de corte transversal. Esta investigación permitió evaluar las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria, como factores determinantes del autocuidado, en los sujetos con padecimiento mental, que se encontraban internados en las salas de varones y mujeres del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el último bimestre 2017.

La técnica que aplicaron, fue la observación directa no participante, donde las investigadoras se mantuvieron al margen del fenómeno estudiado, como espectadoras pasivas, limitándose a registrar la información, sin interacción, ni implicación alguna, a fin de no modificar el comportamiento habitual, obteniendo así la máxima objetividad y veracidad posible. Seleccionaron esta técnica, ya que fue la más apropiada para el estudio de actividades periódicas de grupos sociales. Con esta, lograron indagar características sociodemográficas y aspectos referidos al autocuidado de los sujetos con padecimiento mental.





Así también, pudieron contrastar y ampliar la información de la población consultando las Historias Clínicas personales, con previa autorización.

El instrumento, fue una “Guía de Observación” (Anexo I) organizada según la “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”, emplearon esta taxonomía porque incorporaba una terminología y criterios estandarizados que permitía evaluar el estado de un sujeto, en un momento dado, además fue útil para universalizar el conocimiento enfermero. Estas permitieron establecer indicadores que proporcionaron información objetiva de cada actividad. Se expresaron de forma breve facilitando su uso, y su aplicación se realizó mediante escalas de tipo Likert de 5 puntos. La Guía de Observación utilizada estuvo conformada por tres partes para la organización de los datos:

PARTE A: datos sociodemográficos: Valoraron Edad, Sexo, Estado personal, Diagnóstico psiquiátrico y Tiempo de internación.

PARTE B: actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): evaluaron; Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD) (0300), Autocuidados: Baño (0301), Autocuidados: Comer (0303), Autocuidados: Higiene (0305), Autocuidados: Higiene bucal (0308) y Autocuidados: Vestir (0302).

Para valorar los indicadores de cada una de las actividades que se mencionaron, usaron una escala que, al momento de la observación, se entendió como:

- **Gravemente Comprometido (GC):** Cuando la persona no realiza la actividad.
- **Sustancialmente Comprometido (SC):** Cuando la persona necesita ayuda e indicación por terceros para realizar actividad (demanda de autocuidado terapéutico).
- **Moderadamente Comprometido (MC):** Cuando la persona para realizar actividad, solo necesita de la indicación por terceros (demanda de autocuidado terapéutico).
- **Levemente Comprometido (LC):** Cuando la persona realiza la actividad con dificultad, sin indicación por terceros.
- **No Comprometido (NC):** Cuando la persona realiza la actividad de manera autónoma.
- **No Corresponde (N/C):** Cuando el indicador no pueda ser observado, o no corresponda a la persona. Por ejemplo: El afeitado en las mujeres, o el maquillaje en los hombres.

PARTE C: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): valoraron Autocuidados: Actividades Instrumentales

de la Vida Diaria (AIVD) (0306), para esta actividad usaron la misma escala que las ABVD.

Para la valoración de la Participación en actividades de ocio (1604) usaron una escala distinta en el momento de la observación:

- **Nunca demostrado (ND):** cuando la persona no es capaz de realizar la actividad.
- **Raramente Demostrado (RD):** cuando la persona necesita ayuda e indicación por terceros para realizar actividad (demanda de autocuidado terapéutico)
- **A veces Demostrado (AD):** Cuando la persona para realizar actividad, solo necesita de la indicación por terceros para realizar actividad (demanda de autocuidado terapéutico)
- **Frecuentemente Demostrado (FD):** cuando la persona realiza la actividad con dificultad, sin indicación por terceros.
- **Siempre Demostrado (SD):** cuando la persona realiza la actividad de manera autónoma.
- **No Corresponde (N/C):** cuando el indicador no pueda ser observado, o no corresponda a la persona. Por ejemplo: en la participación de actividades que requieren esfuerzo físico.

Por último, aclaran que efectuaron tres Guías de Observación para cada uno de los sujetos, lo que les dio como resultado 102 observaciones a lo largo de la investigación. Además, cada actividad de autocuidado tenía sus respectivos 37 indicadores “aspectos” referidos a esa actividad y a estos los iban valorando según como se presentaba la circunstancia y la conducta de los sujetos.

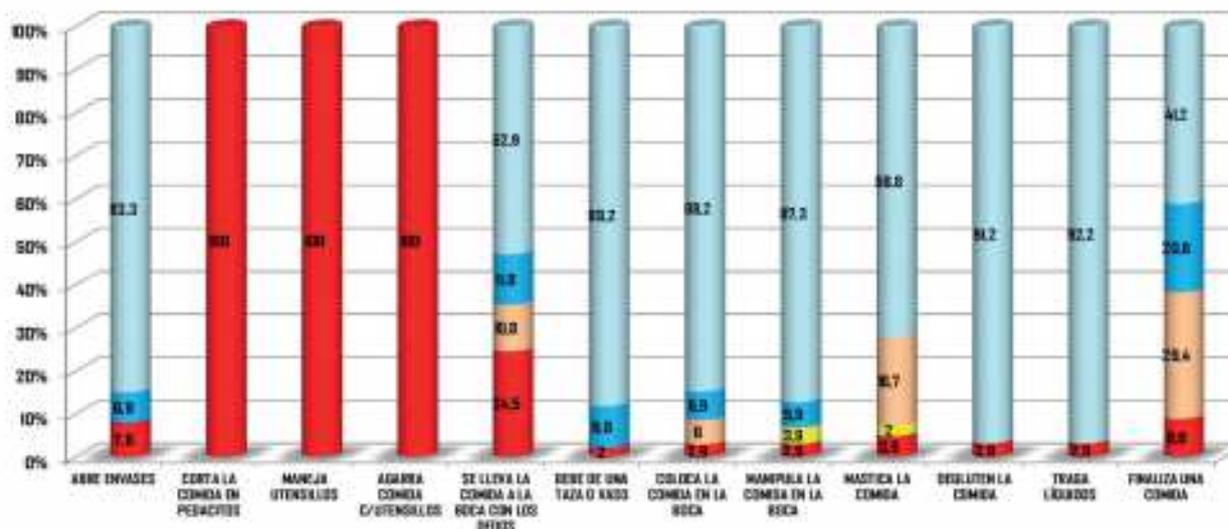
RESULTADOS

En esta investigación, la población estudiada fueron sujetos internados en los servicios de varones⁽¹⁸⁾ y mujeres⁽¹⁶⁾, del Hospital de Salud Dr. Miguel Ragone, este grupo de personas, sumaban un total de 34 sujetos, en el último bimestre del 2017 (Noviembre y Diciembre). Cabe destacar que los resultados que presentan a continuación se basaron en 102 observaciones realizadas (a cada sujeto lo observaron en tres instancias distintas).

En el Gráfico N° 07, se observaron los indicadores del autocuidado “comer” organizados según los NOC de la NANDA, donde se encuentran algunas variables como por ejemplo “se lleva la comida con los dedos”, “finaliza la comida”, “manipula la comida con la boca” entre otros.



GRÁFICO Nº1: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO “COMER” DE LOS SUJETOS CON PADECIMIENTOS MENTAL DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL Dr. MIGUEL RAGONE, SALTA 2017



FUENTE: elaboración propia.

En estas actividades, se pudieron destacar como positivo, que más del 85% de los sujetos “*abre envases*”, “*bebe de una taza o un vaso*”, se “*coloca la comida en la boca*”, “*deglute la comida y traga líquidos*” esto, se corresponde con indicadores que no estaban comprometidos.

En contra posición, el 100% de los sujetos nunca realizaban las actividades de “*cortar la comida en pedacitos*”, “*manejar los utensilios*” y “*agarrar la comida con utensilios*”, estos aspectos estaban gravemente comprometidos, pero es necesario hacer la salvedad, que esta situación, se debe a la falta de recursos (tenedor y cuchillo).

Para el indicador “*lleva la comida a la boca con utensilios*”, pudieron notar que en el 53% de los casos, no estaba comprometido, ya que ahí se valoraba el uso de la cuchara de plástico que se le proporcionaba como único utensilio.

En general el autocuidado “*comer*” lo vieron comprometido significativamente. Este autocuidado es importante para cualquier ser humano, es decir, tener los recursos necesarios para poder alimentarse (en este caso los utensilios) es indispensable para poder trabajar en el desarrollo de la capacidad de autocuidado. Es importante destacar que en esa situación el ‘*cuidado de enfermería*’ es esencial para que los sujetos puedan satisfacer esta necesidad, ya que los mismos (sujetos de cuidado) requieren del personal enfermero para la distribución de la comida, en algunos casos, necesitaban mayor asistencia

(darles de comer en la boca o indicarles que debían hacerlo). En coincidencia con lo afirmado por Garcilazo S, y Mayuri E. (2015) quienes encontraron “*que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.*”

Los sujetos de esta investigación tenían el acceso a las 5 comidas diarias, una alimentación equilibrada ya que había una nutricionista a cargo de la dieta. Y con respecto a la ‘*ingesta de agua*’ observaron que era a demanda del sujeto. Los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado Almidon, F. (2014) ya que afirma que “*en cuanto la alimentación, 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5%) ingiere una alimentación balanceada; 7 pacientes (17.5%) toma 5-7 vasos de agua diario*”.

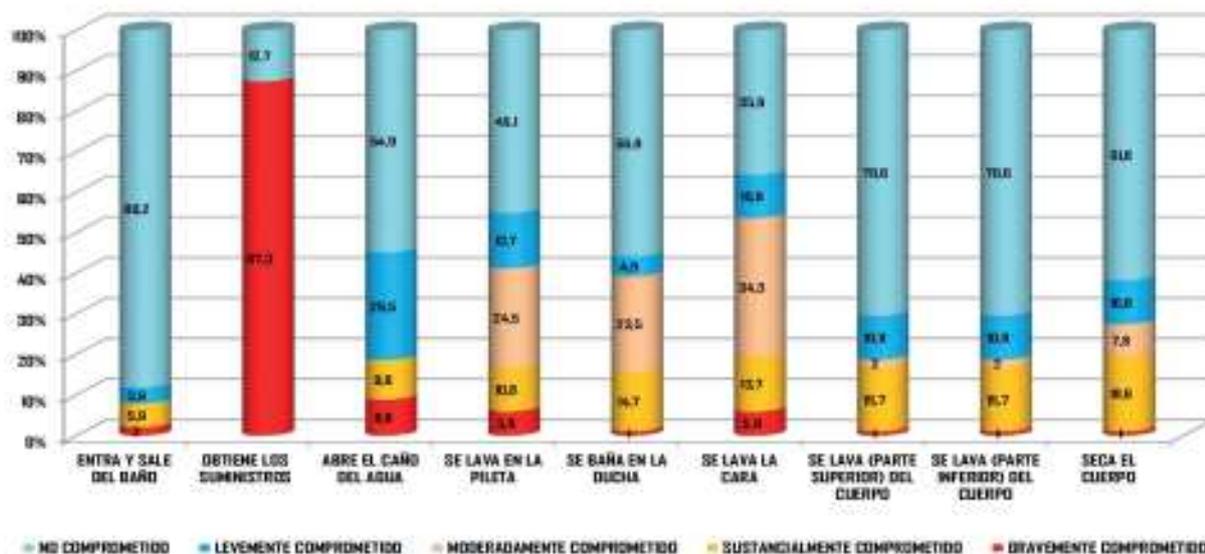
Desde la teoría de Autocuidado de D. Orem, “*el autocuidado comer*” (alimentarse) es un requisito universal ya que son comunes a todos los seres humanos. Esta actividad representa un tipo de acción humana que proporciona las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad. Cuando se proporciona esta de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada, fomenta la salud y el bienestar.



En este sentido, si las habilidades de autocuidado están afectadas por la enfermedad física o mental, el sentimiento de pérdida de competencia puede ser devastador

para la autoestima. Por ello, mediante el fomento de las capacidades del individuo podremos lograr una mayor satisfacción personal y un aumento de la autoestima.

GRÁFICO Nº 2: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO “BAÑO” DE LOS SUJETOS CON PADECIMIENTO MENTAL DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE, SALTA 2017.



FUENTE: elaboración propia.

Se observaron aspectos generales del Autocuidado “Baño” que incluía dentro de sus indicadores, por ejemplo “se lava en la pileta”, “se lava la cara”, “se seca el cuerpo” entre otros. De este conjunto de datos, destacaron que un 88% los sujetos pueden “entrar y salir del baño” de forma independiente, en el 56%, se “baña en la ducha”, y el 70% “se lava la parte superior e inferior del cuerpo” y en un 62% se “secan el cuerpo” de manera independiente. Cabe destacar que estos datos fueron tomados en los días pautados de “baño general” (lunes, miércoles y viernes). Estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Almidon, F. (2013), “en relación a las medidas higiénicas, ya que 28 pacientes (70%) se bañan a diario”.

En contraposición, dada la dinámica de los servicios, el 87% de los sujetos no buscaban sus propios suministros para bañarse, sino que los enfermeros se los proporcionaban. Solo el 55% “abrían el caño de agua”, para satisfacer esta necesidad, por lo que a esta actividad la encontraron ‘moderadamente comprometida’, ya que los sujetos pudieron realizar la actividad, pero con ayuda del enfermero, en este punto se debe destacar que, de la población total, se presentaron tres personas con dificultad motrices.

Destacaron que hubo más del 18,6% de los sujetos que tuvieron “sustancialmente comprometidos” las actividades “entra y sale del baño”, “abre el caño de agua”, “se lava en la pileta”, “se baña en la ducha”, “se lava la cara”, “se lava la parte superior e inferior del cuerpo” y “se seca el cuerpo” es decir que los sujetos necesitaban ayuda e indicación del personal de enfermería para realizar las actividades. Por lo antes mencionado, es importante el rol de enfermería para que los sujetos puedan satisfacer esta necesidad, ya que los mismos requerían ayuda para realizar la actividad debido a dificultades motrices y/o que son personas mayores de 60 años. Esto coincide plenamente con el Modelo de Autocuidado de D. Orem, desde la asistencia parcialmente compensadora brindada por el personal de enfermería.

En cuanto al Autocuidado: Higiene, que valora los siguientes indicadores, como por ejemplo “se lavan las manos”, “se lavan el cabello”, “se limpian los oídos” entre otros. A partir de los datos hallados, resaltaron que el 90% de los sujetos mantenían la nariz limpia y más del 65% se ajustaban la ropa después de usar el inodoro. El 85% entraban y salían del baño de manera independiente. Y el 89% hacían uso del espejo, para valorar su aspecto.



GRÁFICO N° 3: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO "HIGIENE" DE LOS SUJETOS CON PADECIMIENTO MENTAL DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE, SALTA 2017.



FUENTE: elaboración propia.

Como contraparte, se encontraron gravemente comprometido los siguientes aspectos: No se observaron que los sujetos de cuidado realicen el “lavado de manos” en ningún momento (ni antes de comer, ni después del ir al baño), solo se presentaron dos excepciones en mujeres.

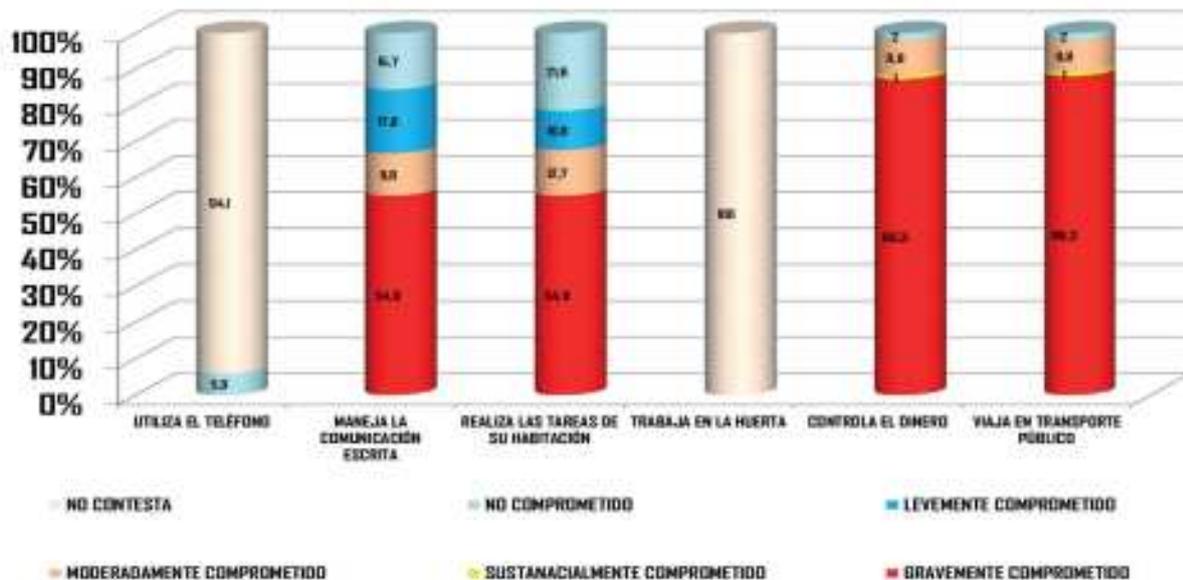
También en lo que respecta al “cuidado de las uñas”, era una tarea que lo hacía el personal de enfermería de manera rutinaria (una vez por semana), es por ello, que en la mayoría de los sujetos vieron gravemente comprometidos este indicador (88%) ya que no realizaban la actividad. Para los indicadores “se peina” y “se afeita” en caso de los varones, también estaban gravemente comprometidos en el 46% y 50% respectivamente, esto debido a que no tienen peines en cantidades suficientes, ya que solo uno de ellos lo poseía, de manera similar, uno solo sujeto se afeita. El personal de enfermería afeitaba una vez a la semana a los varones, lo hacían antes de que se bañaran, y manifestaban que lo hacían ellos, ya que los pacientes se lastimaban la cara, perdían el material para afeitarse o no lo hacían de manera adecuada. Como contraparte el 22,5% “se lava el cabello”, a esta actividad la encontraron que estaba “sustancialmente comprometida”, ya que necesitaban de la indicación y ayuda del enfermero para realizar la tarea. Esto se evidencia, ya que en reiteradas veces al supervisar el “baño” los sujetos no se lavaban el cabello o solo se paraban debajo de la ducha.

Estos resultados son contrarios con el estudio de Rubio, L. F (2012), donde se evidencia que “el entrenamiento en AVD es eficaz en cuanto al aumento de la independencia, se mejora la calidad en la realización de las actividades, (disminuye el esfuerzo y aumenta la eficiencia, seguridad e independencia)”. Y el incentivo necesario en las actividades de higiene (lavado de manos, peinado, cuidado de uñas) no observaron la estimulación del personal de enfermería para que estos sujetos pudieran realizar la tarea de manera autónoma. Por lo tanto, no hay aumento de independencia, ni mejora en la calidad de vida. En este aspecto del Autocuidado, se valoraron las actividades instrumentales de la vida diaria, como, por ejemplo: si el sujeto “utiliza el teléfono”, “maneja la comunicación escrita”, “realiza las tareas de su habitación”, “trabaja en la huerta”, “controla el dinero” y si “viaja en transporte público”. De este conjunto de indicadores “no corresponde” valorar “utiliza el teléfono” ya que no la perciben como una necesidad, tal vez asociada a los trastornos mentales que cursan, sólo el 5,9% “no está comprometido” ya que los sujetos contaban con dispositivos móviles (celular), para su uso personal.

Por último, estaban “gravemente comprometidos” prácticamente en su totalidad (86%) el “control del dinero” y el “viaja en transporte público”, estas actividades, los sujetos no las podían realizar de manera autónoma, teniendo



GRÁFICO N° 4: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO "ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA" DE LOS SUJETOS CON PADECIMIENTO MENTAL DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE, SALTA 2017.



FUENTE: elaboración propia.

que se ayudados por profesionales o familiares autorizados judicialmente, para la realización de esta actividad (curatela). Durante el tiempo de recolección de la información, no se observaron actividades multidisciplinares orientadas a promover algún tipo de salida de los sujetos de manera sistematizadas. Los sujetos solo realizaron actividades habituales de manera diaria dentro de la institución, ninguno de ellos participa de algún programa de salidas terapéuticas, como por ejemplo sucedió en los servicios de ULEM y ULEV donde algunos sujetos asistían al "Centro de promoción, integración e inclusión socio sanitaria: Marq'ay", donde la psicóloga estaba trabajando con tres personas, para su inserción e independencia. Lo anteriormente mencionado coincide con la investigación realizada por Garcilazo S, y Mayuri E. (2015) donde concluyeron que "la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida". El "comportamiento dependiente" puede evidenciarse en esta investigación, ya que en estas actividades sobresa le la escala de "gravemente comprometido" justamente porque no las pueden realizar de manera autónoma, es decir, son sujetos dependientes. Como se puede observar en el Gráfico N° 14, se agruparon todas las "Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria" y pudieron observar que las

actividades de comer, vestir y baño no estuvieron comprometidas en un porcentaje mayor al 50% esto se debió a que los sujetos realizaron estas actividades de forma autónoma, mientras que para los demás necesitaban ayuda o indicación por terceros (enfermeros, nutricionistas y otros). Se destacaron como "gravemente comprometida" en un porcentaje de 54% la higiene bucal y 47% las AIVD según los aspectos ya mencionados, ya sea por falta de recurso o porque no podían realizar las actividades de manera independiente. Esto coincide con la investigación realizada por Veloz V, Arévalo M. (2016) donde los resultados mostraron que "los pacientes con esquizofrenia presentan mayores niveles de dependencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria." Y en cuanto a higiene bucal también coincide con la investigación realizada por Chaparro S, N. (2009) donde los resultados mostraron que "el 98% de los pacientes padecían de alteraciones de la cavidad oral".

CONCLUSIONES

El promedio de la edad de los sujetos fue de 50 años ($\pm 13,5$ DS); existiendo una máxima de 75 años y una mínima de 22 años, lo que denota una gran amplitud etaria. El 97% era soltero/a y solo el 3% se encontraba en pareja, esto sugiere que los sujetos no tienen un vínculo



afectivo, que de alguna manera lo acompañe o visite concretamente, entendiendo a esta relación como el estado personal del sujeto (marido/esposa o pareja). En relación a los sujetos y sus padecimientos mentales, observaron que el 73% de los sujetos padecían algún tipo de Esquizofrenia (Residual, Hebefrénica, Simple o sin especificación). Lo que cabe referir es que ésta es una de las enfermedades más discapacitantes y de avance insidioso, el tratamiento suele ser de por vida e incluir una combinación de medicamentos, psicoterapia y servicios de cuidado especialmente coordinados.

En cuanto al tiempo de internación, observaron que el modo (Mo) fue de 10 años, consideraron que esta medida de tendencia central fue más representativa para una población asimétrica con un rango 3 a 33 años; cuyo periodo de estadía relevante fue de más de treinta años, en donde los sujetos son dependientes del sistema de salud y a causa del deterioro sufrido por la enfermedad, estas personas no podrían valerse 'por sí mismas' para resolver las actividades de la vida diaria, que le permitan mantener una vida digna. En este sentido, es muy válido reconocer que, en nuestro contexto nacional y provincial, se trabaja desde antes de la aprobación de la Ley de Salud Mental, por modificar esta realidad, en el marco de las nuevas políticas públicas que pretenden la reinserción del sujeto en su medio, empleando nuevos modelos de trabajo basados en la integración progresiva de los sujetos, a sus familias, grupos y comunidades. Para ello emplea dispositivos de externación y tratamiento ambulatorio, y propone terminar con el modelo tradicional de "encierro", promoviendo la descentralización del sistema, pero este esfuerzo requiere una transformación cultural, un cambio de actitudes que aseguren el pleno desarrollo de los derechos humanos. Por contraposición, a pesar de las intenciones de estos modelos de atención, esta transformación significa 'aún' un enorme desafío para nuestro sistema de salud, donde los sujetos, aún a pesar de que la ley, en un par de años cumplirá una década, es incipiente el trabajo realizado hacia su real cumplimiento.

En este sentido, al evaluar las Actividades Básicas e Instrumentales para la Vida Diaria, se encontró que en cuanto al Autocuidado comer, se pudo destacar como positivo que más del 85% de los sujetos "abre envases", "bebe de una taza o un vaso", se "coloca la comida en la boca", "deglute la comida y traga líquidos" esto, se corresponde con indicadores que no estaban comprometidos. Esto es importante ya que son acciones cotidianas elementales

que comprenden su propia supervivencia.

En cuanto al Autocuidado Higiene, destacamos como importante ya que es una medida de higiene positiva que genera un hábito saludable, el lavado de manos, ya que se encuentra afectado en la escala de "gravemente comprometido" en un 78,4% y es una actividad de promoción de salud que comprende al personal de enfermería. Y por lo tanto la formación de recursos humanos en salud mental debe tener una orientación específica hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En relación al Autocuidado Higiene bucal, resaltamos como relevante "Cepillado de dientes" y "Visita regular al dentista", ya que estos aspectos se encuentran gravemente comprometidos en un porcentaje mayor al 85%, esto nos afirma que es una población en estado de vulnerabilidad con necesidad de atención con especial énfasis en este aspecto, ya que es sabido que la salud dental genera salud general y mejora la autoestima.

En relación a las Actividades de ocio, el indicador de "uso de habilidades sociales de interacción apropiadas" muestra que el 60% está entre siempre demostrado y raramente demostrado, esto nos lleva a pensar que se puede trabajar desde la interacción entre los sujetos y el equipo de salud para tratar de potenciar el autocuidado.

Para los demás indicadores de esta actividad, estarían "gravemente comprometidos" en el 77% (en un promedio) ya que no demostraban participación, satisfacción, ni interés en la gran mayoría en las actividades que le proporcionaba la institución. Esto creemos que podía deberse a algunos factores como por ejemplo: escasa actividades de interés para los sujetos, falta de motivación/incentivo por parte los profesionales y por la monotonía de la rutina diaria a la que están expuestos los sujetos. Es este punto, es significativo mencionar que durante el periodo de recolección de la información, no se encontraban ninguna de las escuelas formadoras de enfermería, realizando sus prácticas pre profesionales específicas, esto permitió visibilizar la oferta generada desde la institución para sus residentes.

Para cerrar este análisis, es importante tener en cuenta que el grupo investigado presentaba un largo tiempo de internación, lo que sugeriría la cronicidad y dependencia creciente conforme pasa el tiempo. Esta condición se vio reflejada a lo largo de las actividades valoradas.





RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de esta investigación al personal del equipo de salud y en especial al personal de Enfermería del Hospital Dr. Miguel Ragone, y que sea insumo para la mejora del Cuidado Enfermero.

Medir el Índice de Atención de Enfermería (IAE) a fin de determinar la demanda de atención asistencial que generen los sujetos con padecimiento mental, a fin de tomar decisiones respecto a los Cuidados Enfermeros.

Implementar un programa de educación de Autocuidado en los sujetos de cuidado que son asistidos en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone que se pueda sostener en el tiempo.

Fomentar en el Personal de Enfermería una base de datos para el diseño de Planes de Cuidados a partir de la Taxonomía NANDA, motivando al enfermero a implementar el NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería) y el NOC (Clasificación de los Resultados de Enfermería) con el fin mejorar la calidad de atención.

Motivar la línea de investigación de los Cuidados de Enfermería en Salud Mental, para la implementación de la enfermería basada en la evidencia en la práctica asistencial y la gestión de la calidad.

Proponer realizar un estudio de características similares adaptado a los demás servicios del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en especial en los programas de internación domiciliaria, sujetos con tratamiento ambulatorio en especial en los dispositivos de externación.

Realizar estudios similares, donde se profundice la capacidad de Autocuidado en los sujetos con patologías mentales en relación al cumplimiento de régimen terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLIGOOD, M.R (2015). "Modelos y teorías en enfermería". Madrid España. 6ª Ed. Elsevier.
2. CAVANAGH, S.J (1993). "Modelos de Orem, Aplicación Práctica". Barcelona, España. Ediciones Masson-Salvat.
3. CAMPOS M. y ROJAS C. (2016) "Vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental internadas en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone". Tesis de licenciatura. Argentina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.
4. FORNES VIVES J. (2012). "Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y cuidados" Segunda edición. España. Editorial Médica Panamericana S.A.
5. HERDMAN T. H. (ed.), (2015-2017) "NANDA: Internacional Diagnostico Enfermero. Definiciones y clasificación". Barcelona, España. Elsevier.
6. MINISTERIO DE SALUD PRESIDENCIA DE LA NACIÓN (2016), "Salud Mental" [En línea] Argentina, disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/101.salud-mental> [Accesado el 25 de Junio de 2017].
7. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2010) "Plan Provincial de Salud Mental, Quinquenio 2010-2015", Resolución ministerial N°1.078 Salta, Argentina.

8. OREM, D. E. (1993). "Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica". España, Masson. Salvat Enfermería.

9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1948). "Definición de salud" [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [Accesado el día 2 de Agosto de 2017]



HOW TO CITE

ÁLVAREZ F.; CANCINOS M.M y FLORES O.G; " Daily living activities as determinants of self-care in patients with mental illness at Doctor Miguel Ragone Mental Health Hospital for the last bimester of 2017" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol. 2, No. 13, (04-14).



COMO CITAR

ÁLVAREZ F.; CANCINOS M.M y FLORES O.G; "Actividades de la vida diaria como factores determinantes del autocuidado en sujetos con padecimiento mental Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone - Último bimestre 2017" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol 2 N° 13 (04-14)

Fátima del Rosario Álvarez



El Artículo Actualiza

La investigación realizada demuestra que los usuarios presentan largo tiempo de internación, lo que sugiere, que la cronicidad es una condición que deteriora cada vez más la funcionalidad de los sujetos, por lo que se debe fortalecer el Autocuidado, en relación a las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria, en los sujetos como parte del tratamiento.

Fatima del Rosario ÁLVAREZ y Maira Micaela CANCINOS
 indagan sobre

¿Cuáles fueron las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria que determinaron el autocuidado en sujetos con padecimiento mental, internados en las salas de varones y mujeres del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el último bimestre 2017?

KEYWORDS

Mental illnesses,
 Subjects of care,
 Self-Care,
 Basic and instrumental daily living activities
 (BDEA & IDLA)

PALABRAS CLAVES

Padecimientos mentales,
 Sujetos de atención,
 Autocuidado,
 Actividades Básicas e Instrumentales
 de la Vida Diaria





HOW TO CITE

ÁLVAREZ F; CANCINOS M.M y FLORES O.G; "Daily living activities as determinants of self-care in patients with mental illness at Doctor Miguel Ragone Mental Health Hospital for the last bimester of 2017" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol. 2, No. 13 (04-14).



COMO CITAR

ÁLVAREZ F; CANCINOS M.M y FLORES O.G; "Actividades de la vida diaria como factores determinantes del autocuidado en sujetos con padecimiento mental Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone - Último bimestre 2017" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol 2 N° 13 (04-14).

Maira Micaela Cancinos

- Licenciada en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Salta
(2018)
- Enfermera Operativa del
Hospital de Salud Mental
Dr. Miguel Ragone
Salta Capital
- Concurrente
Hospital Dr. Joaquín Corbolón
(2018-2019)
- Becada por la
Comisión Directiva de
H.I.R.PA.CE
(2018-2019)
- Docente de la
Cátedra de
Enfermería Psiquiatría
y Salud Mental,
Docente de Optativa I
"Consumo Problemático",
Universidad Nacional de Salta

El Artículo Actualiza

La investigación realizada demuestra que los usuarios presentan largo tiempo de internación, lo que sugiere, que la cronicidad es una condición que deteriora cada vez más la funcionalidad de los sujetos, por lo que se debe fortalecer el Autocuidado, en relación a las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria, en los sujetos como parte del tratamiento.

Fatima del Rosario ÁLVAREZ y Maira Micaela CANCINOS
indagan sobre

¿Cuáles fueron las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria que determinaron el autocuidado en sujetos con padecimiento mental, internados en las salas de varones y mujeres del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el último bimestre 2017?

KEYWORDS

Mental illnesses,
Subjects of care,
Self-Care,
Basic and instrumental daily living activities
(BDLA & IDLA)

PALABRAS CLAVES

Padecimientos mentales,
Sujetos de atención,
Autocuidado,
Actividades Básicas e Instrumentales
de la Vida Diaria





VIVENCIAS DE RECREACIÓN DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL INTERNADAS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE SALTA 2015.

RECREATION EXPERIENCES OF MENTALLY ILL PEOPLE HOSPITALIZED AT DR. MIGUEL RAGONE MENTAL HEALTH HOSPITAL OF SALTA, 2015

María Mercedes CAMPOS, *Carlos Daniel ROJAS **, Patricia Jorgelina, LÓPEZ*, Monica SACCHI*****

Lic. en Enfermería, **Lic. en Enfermería, *Especialista en Salud Pública. Especialista en Salud Social Comunitaria. Especialista en Docencia Universitaria. Directora de Tesis ****Maestría en Ciencias Sociales con mención en Sociedad y Servicios de Salud. Co-directora de tesis.*

Contacto: María Mercedes CAMPOS E-Mail: mariamercedescampos.76@gmail.com - mercedescampos@yahoo.com

RESUMEN

OBJETIVO: la finalidad de la investigación fue conocer las vivencias de recreación que tienen las personas con padecimiento mental internadas en el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone” de Salta, Argentina.

METODOLOGIA: se optó por una investigación cualitativa con un diseño fenomenológico aplicando la técnica de entrevista en profundidad. Participaron en la investigación treinta y cinco (35) personas internadas en las salas de mujeres (10) y varones (25), entre las edades de 19 a 91 años, con períodos de internación de 2 meses a 42 años y diferentes diagnósticos médicos, predominando el de esquizofrenia.

RESULTADOS: del análisis de las entrevistas, se identificó que las personas internadas participan de las actividades recreativas ofrecidas por la institución, y que a su vez generan sus propias actividades.

CONCLUSIONES: las experiencias de recreación son vivenciadas como importantes, atribuyéndole un valor positivo les generan emociones positivas y sentimientos agradables, sentimientos de autovalía, de identidad, de libertad y lazo social.

PALABRAS CLAVES: *Padecimiento mental, Vivencia, Experiencia, Recreación.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: the purpose of this research was to know the recreation experiences of mentally ill people hospitalized at “Dr. Miguel Ragone” Mental Health Hospital of Salta, Argentina.

METHODOLOGY: it was a qualitative research with a phenomenological design in which an in-depth interview was conducted. The participant group consisted of 35 persons (10 of them hospitalized in women hospital wards and 25 of them in men hospital wards), aged between 19 to 91, with hospitalization periods ranging from 2 months to 42 years and distinct medical diagnoses, being schizophrenia the most frequent one.

RESULTS: the interview analysis revealed that hospitalized people participate in recreation activities offered by the institution and at the same time they create their own recreation activities.

CONCLUSIONS: the experiences of recreation are experienced as important, attributing a positive value to them generates positive emotions and pleasant feelings, feelings of self-worth, identity, freedom and social bond.

KEY WORDS: *Mental illness, Experience, Practice, Recreation.*



INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la enfermedad mental fue modificándose a través del tiempo en función de los paradigmas que fueron construyéndose alrededor de la representación del “loco” y en relación a los adelantos científicos-técnicos y socio-culturales que influyen en las políticas de Estado. En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ⁽¹⁾ y su Decreto Reglamentario N° 603/13 ⁽²⁾, establecen las políticas públicas para asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. En este contexto, la investigación se llevó a cabo en el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone”, unidad organizativa dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. Argentina, el cual se encuentra ubicado en la Zona Sanitaria Centro, correspondiente al Área Operativa XLIII, con un nivel de complejidad IV. Siendo un hospital de referencia regional de las demandas sanitarias en salud mental de toda la provincia, de la Región del NOA (Noroeste Argentino) y países vecinos como el sur de Bolivia, Chile, y Paraguay. Por iniciativa del personal de enfermería surgió en la institución, hace aproximadamente catorce (14) años, un espacio denominado Sala de Recreación, con el objetivo de la ocupación del tiempo libre del paciente internado generando espacios en donde pudieran desarrollar habilidades y destrezas que se consideraban abolidas o bien deterioradas como efecto de la internación prolongada, posteriormente este proyecto pasó a depender del Sector de Terapia Ocupacional.

No se encontraron antecedentes de trabajos de investigación de enfermería sobre vivencias de la “recreación” con pacientes en el área de salud mental; cabe destacar que, en la revisión bibliográfica de la temática, se encontró una diversidad de términos, posicionados desde distintos paradigmas para referirse a la dimensión de la recreación. La presente investigación, a través de la metodología cualitativa intenta capturar el fenómeno de las vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental, de una manera holística, tratando de comprenderlo en su contexto, poniendo el énfasis en lo individual y en la experiencia subjetiva. Esto permitió hacer una aproximación a la recreación desde la perspectiva del desarrollo humano, posibilitando una reflexión novedosa y original del fenómeno de la experiencia recreativa para el cuidado enfermero.

OBJETIVOS

Conocer las vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental internadas en las salas de mujeres y varones del Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone” de la provincia de Salta, durante los meses de agosto a noviembre de 2015.

Objetivos Específicos: caracterizar socio demográficamente a la población en estudio. Determinar las actividades institucionales que la población en estudio identifica como actividades recreativas durante su internación. Analizar los significados que la población en estudio atribuye a las vivencias de recreación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa de diseño fenomenológico. La recolección de datos se ejecutó mediante entrevista en profundidad, dado que ésta permite verbalizar el fenómeno de una manera holística, tratando de comprenderlo en su contexto, poniendo el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva. Se confeccionó una guía de entrevista como instrumento de investigación, dividida de dos partes: a) la primera, relacionada a las características sociodemográficas, con identificación de: edad, sexo, tiempo de internación y el diagnóstico según código del CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud 10ª revisión) de la O.M.S. ⁽³⁾ y b) la segunda, relacionada a los Ejes de investigación. Eje I - Experiencia de recreación: comprendió todas aquellas actividades recreativas que la persona experimentó durante su internación. Se indagó acerca de las actividades recreativas que se organizan en el hospital, las realizadas habitualmente, considerando su frecuencia y participación; así como, las dificultades e impedimentos que presentó la persona internada para su ejecución. Eje II - Vivencia de recreación: orientado a abordar acerca del modo en que la persona percibe y comprende su experiencia recreativa, atribuyéndole significados, sentimientos y emociones. Se determinó el motivo de elección de la actividad recreativa, la motivación a participar de la misma, los gustos y preferencias, los sentimientos y emociones que surgen a partir de su experiencia, el significado atribuido respecto de la actividad recreativa y la importancia atribuida de la misma.

El acceso al campo se realizó entre los meses de junio a agosto; manteniendo entrevistas y reuniones con las autoridades y con los referentes de distintos sectores involucrados y terapeutas de la institución. La selección de los



participantes se efectuó mediante un análisis en forma conjunta con los terapeutas de las personas internadas determinándose quienes reunían los criterios de inclusión y se solicitó sus correspondientes autorizaciones. La participación de las personas internadas en la investigación fue voluntaria, y dieron su consentimiento informado. La obtención de datos sociodemográficos de la población en estudio se realizó desde el Sector de Estadística y Epidemiología del hospital, los cuales fueron ratificados en las respectivas salas por administración, enfermería y, revisión individual de Historias Clínicas. Las entrevistas fueron grabadas en formato wma, utilizando como soportes técnicos netbook con micrófono, complementándose

con notas de campo. El abandono de campo se concretó siguiendo el criterio de saturación de la información.

Se compiló la transcripción de las entrevistas resguardando la identidad de los entrevistados mediante siglas. La codificación de la información se llevó a cabo con el análisis de cada entrevista, complementándose con las notas de campo manuscritas, obteniendo la agrupación de los datos en torno a categorías y subcategorías. Una vez señalados los códigos correspondientes en el texto, se procedió a agrupar cada categoría para su análisis, examen y comparación, buscando los vínculos existentes y su contrastación con la teoría de referencia. Del análisis de los datos se elaboró la siguiente codificación:

**TABLA N° 1: EJES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS ENCONTRADAS.
 "VIVENCIAS DE RECREACIÓN DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL INTERNADAS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL RAGONE SALTA".**

EJES	CATEGORÍAS	SUB-CATEGORÍA
I- EXPERIENCIAS DE RECREACIÓN	A. Actividades Recreativas	A1-Actividades recreativas estructuradas A2-Actividades recreativas no estructurada
	B. Participación en las actividades Recreativas	
	C. Acceso a las actividades recreativas	
	D. Frecuencia a las actividades recreativas	
	E. Impedimentos	E1-Estructurales E2- Interpersonales E3-Intrapersonales
II- VIVENCIA DE RECREACIÓN	F. Elección	F1-Gusto F2-Preferencias F3- Interés
	G. Motivación	G1-Motivación Intrínseca G2- Motivación Extrínseca
	H. Emociones y Sentimientos	H1-Agradables H2-Desagradables
	I. Significado Atribuido	I1-Importantes I2-Beneficio I3-Atribución Subjetiva

FUENTE: elaboración propia





Consideraciones sobre la recreación

En la revisión bibliográfica se encontró variedades conceptuales para hacer referencia a la recreación, a saber: animación sociocultural, tiempo libre, recreación, ocio, actividades recreativas, juego, tiempo libre, dando una pluralidad de sentidos y significados. La mayoría de los estudios son de habla anglosajona, y éstos hacen referencia al término ocio. Elizalde ⁽⁴⁾ destaca que, en los países de América Latina, en donde se habla español, generalmente, se utiliza el término recreación y no ocio.

El significado atribuido al ocio y/o a la recreación ha variado considerablemente a lo largo del tiempo en función al contexto histórico, geográfico y cultural desde el cual se lo plantea, en función de los diversos modelos de organización social. No son términos que respondan “a un significado unívoco, muy al contrario, el concepto tuvo y sigue teniendo múltiples acepciones” ⁽⁵⁾. La recreación es un proceso que atraviesa la vida cotidiana ligada a lo cultural, es una forma de conducta humana que tiene el potencial de producir “experiencias de ocio”. El término latino recreato, la palabra recreación define a la acción y efecto de recrear, hace referencia a crear o producir de nuevo algo. Es una expresión cultural que no puede ser representada por una única idea, noción o categoría. Jiménez Vélez citado por Moreno ⁽⁶⁾ refiere que “la recreación es un conjunto de saberes, actividades y procesos libertarios en la que los sujetos implicados en dicha experiencia cultural se introducen en una zona lúdica de características neutras, apta para fortalecer el desarrollo de la integralidad humana”. (...) “Desde esta perspectiva puede decirse que es un estado transitorio, de contemplación y de goce entre la realidad psíquica interna y la externa, propicia para la libertad y la creatividad humana”. La recreación no puede ser considerada tiempo libre, por el contrario, el tiempo es una coordenada vital y subjetiva indispensable para explicar la vivencia de recreación. “El tiempo, en cuanto tiempo social, es considerado algo objetivo, medible y cuantificable” pero la recreación “en cuanto vivencia humana, ha de conectarse necesariamente a nuestra vertiente personal y subjetiva en la que resulta difícil cuantificar los momentos y los efectos del proceso. En una experiencia de ocio es fácil determinar el tiempo que se emplea en la realización de la actividad objetivamente considerada (realizar un viaje, leer un libro, jugar un partido...); pero resulta más difícil hacerlo con su vivencia completa. Es decir, el tiempo que estamos proyectando o deseando y el tiempo posterior en el que

disfrutamos recordando o rememorando. La vivencia plena (...) se produce cuando se lleva a cabo como experiencia completa y con sentido, es decir, cuando existe un proceso con inicio, desarrollo y final” ⁽⁷⁾.

Otero López et al. ⁽⁵⁾ manifiesta que tradicionalmente la recreación ha sido considerada un aspecto residual de la vida, una parte poco significativa, secundaria, un lujo, algo específico, sin embargo, en la actualidad no solo es un producto de consumo, sino también una necesidad. Una necesidad humana cuya satisfacción constituye un requisito indispensable de calidad de vida constituyéndose en un importante pilar de desarrollo en el siglo XXI, por su significación económica, social y cultural, se ha constituido en un valor respetado y deseado, empieza a considerarse una vivencia que debe ser experimentada por todos.

La Asociación Internacional del Tiempo Libre la encuadra como “un área específica de la experiencia humana que cuenta con sus propios beneficios (...) es una fuente importante para el desarrollo personal, social, económico y un aspecto clave de la calidad de vida” ⁽⁶⁾. Así, la recreación y el desarrollo humano se construye en relación a la nueva realidad atravesada por la tecnología, se lo entiende como una experiencia compleja en la que debe ser estudiada en sus múltiples dimensiones: a) Dimensión lúdica, relacionada a cómo las personas viven y asumen el juego y la diversión. b) Dimensión creativa asociada al capital cultural de las personas y grupos. c) Dimensión festiva inscripta en las manifestaciones extraordinarias del ocio. d) Dimensión ambiental-ecológica desarrollada a través de la recreación al aire libre. e) Dimensión solidaria manifestada en la vivencia social altruista, de voluntariado.

Moreno ⁽⁶⁾, refiere que la recreación “... desde una perspectiva humanística [...] es una experiencia integral y trascendente, que otorga sentido de vida, pues abre cauce al conocimiento y la comprensión la propia subjetividad [...] forma parte de la vida del hombre; puede y debe constituirse en un motor más para su desarrollo y plenitud, en tanto aporte deliberadamente al proceso constitucional del ser”. Plantea concebir a la recreación desde una perspectiva “creativa” dado que esto contribuye al desarrollo pleno de las potencialidades de cada persona, en tanto contempla y profundiza las necesidades sociales, de pertenencia, de estima, de respeto, de identidad y de autorrealización.





Esta debe ser orientada al descubrimiento de las propias potencialidades y modos de expresión, el encuentro del hombre consigo mismo y a modos de inserción social más constructivo y creativo. La atención está puesta en el estado subjetivo o experiencia psicológica producida por la implicación de la persona en la actividad y de lo que siente respecta a dicha actividad. En consecuencia, la recreación es la calidad relativa de la experiencia, caracterizada por la libertad percibida y la motivación intrínseca. Esta conceptualización refleja las ideas sociopsicológicas sobre las necesidades de la persona a sentirse autodeterminada (ejercitar la capacidad de elección y experimentar la sensación de control), de tener experiencias que sean personalmente significativas (que aumenten el sentido de competencia personal y de la relación social).

La recreación como derecho. La Declaración Universal de los Derechos Humanos ⁽⁸⁾, reconoce a la recreación como una experiencia integral de la persona, una necesidad y un derecho humano fundamental, como derecho ciudadano, surge como elemento visible e importante en la configuración del desarrollo humano integral, no puede separarse del resto de los objetivos vitales dado que se considera una necesidad y un recurso para mejorar la calidad de vida. En este sentido Moreno ⁽⁶⁾, refiere que *“La recreación por definición y por esencia debe plantearse el desarrollo de todas las potencialidades humanas y contribuir a la salud plena, individual y social”*. Desde este paradigma la recreación como parte del desarrollo humano se fundamenta en que no aborda una dicotomía entre tiempo libre y tiempo ocupado, sino que el hombre es un ser integrado por lo que el tiempo le pertenece y es utilizado para el propio desarrollo desde la propia creatividad de acuerdo a las necesidades y expectativas individuales y grupales. La recreación no se circunscribe a una actividad concreta, habitualmente se la asocia a una actividad de preferencia o una actividad tradicional considerada como tal, llevando así a confundir la actividad en sí misma con la capacidad de experimentar recreación. A la recreación se puede encontrar cualquier experiencia, conocida o nueva, que la persona lleva a cabo exclusivamente como recreativa, esto se establece como vivencia individual. Otero López et al. ⁽⁵⁾ señala que la recreación es una experiencia integral, compleja, de carácter social, integrada a valores y modos de vida en la que se contextualiza con una impronta personal, ya que se relaciona con valores y significados profundos, en donde la persona se autoafirma e identifica.

Es una necesidad personal y su satisfacción constituye un requisito indispensable de calidad de vida. Es principalmente una actividad emocional, es una vivencia que se encuadra en el mundo de las emociones. Una experiencia de recreación tiene sentido en la medida que permite afirmar y expresar los propios deseos y gustos, proporcionando satisfacción.

Las funciones de la recreación que se manifiestan como consecuencia de su experiencia, son: a) función psicológica: compensaciones personales que proporciona la recreación, son esenciales para el equilibrio psicológico del individuo. b) función Social: medio de desarrollo individual y social, que permite la sociabilidad, creando nuevas oportunidades de comunicación interpersonal y de lazo social. c) función Económica: revalorización como práctica esencial de los nuevos modos de vida, favorece la disminución del gasto público en salud, y a su vez, asociado al consumo, aumenta las ganancias en el sector la industria de recreación d) función Innovadora: se relaciona con el hecho de ser un ámbito propicio para el desarrollo y la promoción de nuevos estilos de vida, pero también surge como consecuencia de nuevas situaciones sociales, que potencian motivaciones de ocio innovadoras y nuevos mercados.

La recreación como ámbito de salud. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) ⁽⁹⁾, considera que la recreación es esencial para el desarrollo del ser humano. Cuenca Cabeza et al. ⁽⁷⁾ expresa que la recreación que *“se vive como una experiencia satisfactoria tiene un efecto beneficioso que va más allá de su propia vivencia, incidiendo en todo nuestro ser y proporcionándonos consecuencias que se manifiestan en otros aspectos de nuestra vida y de nuestras relaciones con el entorno.”* Drivers y Burns citado por Cuenca Cabeza et al. ⁽⁷⁾ determinaron los beneficios de la experiencia recreativa como: a) mejora: capacidad para provocar pequeños o grandes cambios en positivos personales, que permiten crecer y mejorar la vida en algún aspecto. En los que se pueden diferenciar, los beneficios físicos, psicológicos, sociales y globales. b) prevención: tiene lugar siempre que contribuya al mantenimiento de algo existente y deseado, como puede ser la salud, las amistades u otros. Evita la aparición de circunstancias y situaciones adversas. c) fuente de satisfacción: responde a las expectativas del sujeto que lo vivencia, son beneficios exclusivamente personales. Cuenca Cabeza et al. ⁽¹⁰⁾ propone incluir, además, dentro de los beneficios: d) mitigación, en tanto la misma actúa como una expe-





riencia paliativa cuando permite a las personas adaptarse a cambios del desarrollo y a los acontecimientos relevantes de sus vidas, como ser la pérdida de una persona o el empleo.

Existen dificultades que encuentra la persona para llevar a cabo el ejercicio de su derecho a la recreación, que interactúan creando un complejo de barreras para la participación denominadas barreras o impedimentos considerados a todos aquellos factores que inhiben la capacidad de participar en las actividades de recreación, de pasar el tiempo haciéndolas, de aprovechar de ciertos servicios o, de alcanzar los niveles de satisfacción deseados; conceptualizándolas en impedimentos ⁽¹¹⁾. 1) estructurales: son elementos externos al sujeto que lleva a cabo la experiencia de recreación y que inciden en ella, 2) interpersonales: hacen referencia a las interacciones con los demás, 3) intrapersonales: se producen por el desajuste entre necesidades y deseos, intereses y realidad. Son propios de la persona y se asocian a factores psicológicos o de la personalidad, el desconocimiento de las oportunidades de ocio que ofrece el medio o las instituciones del entorno, la falta de habilidad necesaria para una determinada experiencia o el desajuste que se puede producir entre las acciones que se realiza y las posibilidades de cada cual.

RESULTADOS

Participaron en la investigación treinta y cinco (35) personas internadas en las salas de mujeres (10) y varones (25) del Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone”. Predominó el diagnóstico de esquizofrenia entre los diversos diagnósticos médicos. El tiempo de internación varía desde los 2 meses a 42 años, observándose en las historias clínicas antecedentes de reiteradas internaciones prolongadas.

Al indagar acerca de las experiencias de recreación, éstas aparecían siempre condicionadas por el vínculo de las personas con la institución, emergiendo así, la categoría “vivencia de la internación”, este emergente se impuso por su fuerza de presentación en los relatos de los entrevistados; siendo esto una de las características de los diseños cualitativos, que al dejar abierta la posibilidad de expresión, dan lugar a la aparición de otras categorías o dimensiones no previstas. Los entrevistados vivencian a la institución no sólo como un espacio físico en sí mismo, sino, como un espacio complejo que condiciona y determina su experiencia de internación y en consecuencia de

recreación, en las entrevistas, fue posible rescatar relatos que dan cuenta de algunos aspectos del transcurrir diario durante su hospitalización; revelando cómo se organiza su cotidianidad, de la cual subyacen factores institucionales, del proceso terapéutico, así como, los lazos sociales establecidos en este tiempo. Se percibe que existe, durante el tiempo de internación, una acomodación del “ser paciente” al funcionamiento y normas hospitalarias, del cual surgen distintas atribuciones que responden a su relación subjetiva con la institución. Para Castel citado en Hernandez Loeza ⁽¹²⁾, “la forma de ordenamiento del hospital psiquiátrico tiene como premura asegurar un aislamiento, apartar del mundo exterior una manera de evitar influencia que pudieran perturbar la enfermedad real, además de establecer una organización, la disposición y distribución de espacio, tiempos, la implantación de una jerarquía, el ordenamiento, regulación de la vida cotidiana del enfermo y una ligación del ejercicio de poder que se aplican constantemente bajo los principios de una relación asimétrica”.

El Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone”, se encuentra en proceso de transformación institucional en base a las nuevas políticas vigentes respecto a la salud mental en Argentina ⁽¹³⁾, sin embargo, este no es ajeno al entrecruzamiento de los discursos en lo referido a la categoría social de la locura, como del tratamiento social de la misma. Las prácticas modelan las vidas de los internados en lo cotidiano a través de la normalización, pasando a ordenar y condicionar su espacio, su tiempo, sus actividades y sus hábitos en un “para todos” por igual, pero que cada uno lo vivencia de un modo diferente.

Se puede afirmar que la relación establecida entre la persona con padecimiento mental y la institución, durante la internación es vivenciada desde distintos lugares, atribuyéndole un sentido, reflejado en el Diagrama 1: Vivencia de la Internación. Como se observa, la coexistencia de discursos sobre la categoría social de la locura y de su respectivo tratamiento en el ámbito del hospital, producen lógicas de ordenamiento del tiempo, del cuerpo y del espacio reflejadas en las prácticas institucionales que impactan en las personas internadas.

En el entrecruzamiento de estas lógicas de ordenamiento, la construcción y acomodamiento del “ser paciente” a la institución, es que surge la atribución respecto a la relación establecida entre la persona y la institución durante su internación. En este sentido se encontró tres formas particulares de entender a la institución hospitalaria:

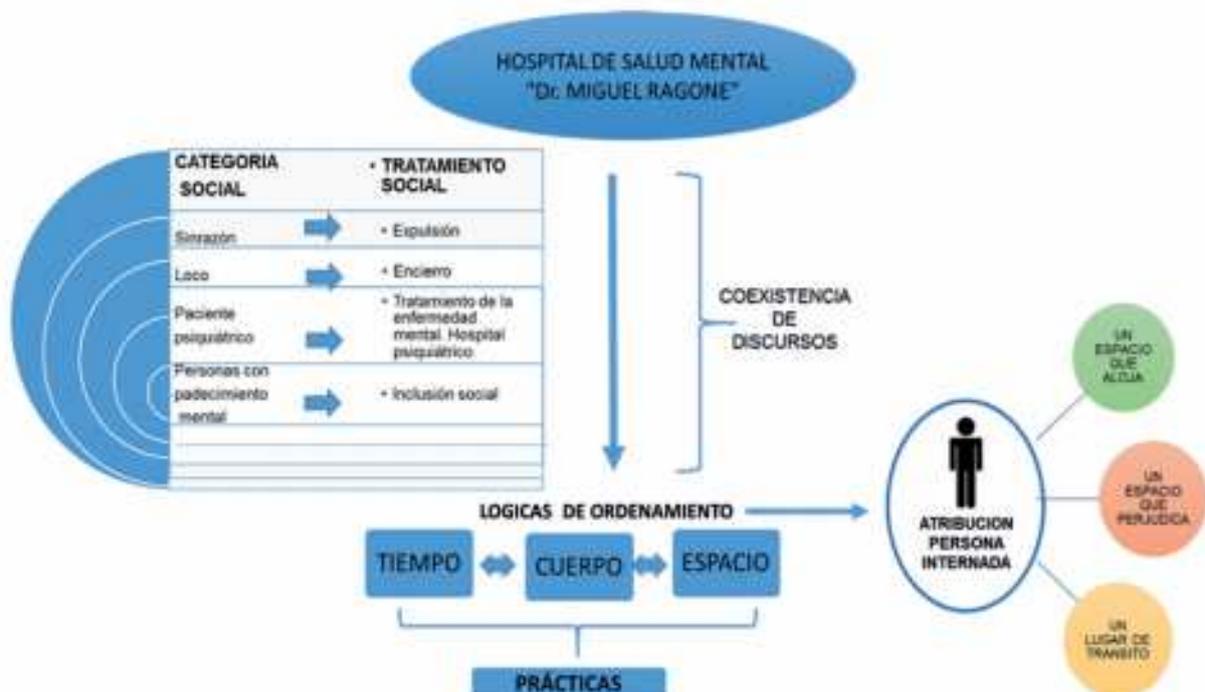


a) como un espacio que aloja: “¿Sabe lo que pasa conmigo, doctora? yo no tengo lugar a donde ir a dormir, a comer, nada...” (Varón, 54 años). “... y la familia les trae eso, y eso, y eso, es como que iya déjate ya de joder y tomate esto! y ejeje ese es el pensamiento diabólico que se impone a la familia y de abandonarlo aquí a la gran mayoría (...) Conmigo ya lo están haciendo toda la familia... a mí me dijeron -...no queremos un loco acá...” (Varón, 49 años); b) como un espacio de tránsito: “Si, te explico, el juez ya me dio el alta ya, como yo no tengo donde vivir, yo le dije al juez mejor dicho a la psicóloga que me gustaría alquilar, y entonces yo le digo al juez y el juez dijo que sí; yo tengo que buscar el alquiler, que ya lo busqué, me tiene que acompañar la Licenciada NB, y entonces ella tiene que ir conmigo para ver el lugar más o menos donde yo voy a alquilar, y ella escribe y vuelve, debe sé que pone el lugar es así o asá, y esa nota le manda al juez y si el juez aprueba ya me voy.” (Mujer, 32 años) o c) como un

espacio que perjudica: “Pero yo voy a esto doctora, si yo no soy un caso judicial ¿por qué me tengo que andar escapando yo?, yo podría salir por la puerta principal, yo no soy un caso judicial yo.” (Varón, 54 años).

Desde las políticas actuales de salud mental se establece que “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”, conforme a lo establecido por el artículo 14 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ⁽¹⁾. No obstante, se encontró al analizar la relación que se establece entre la persona internada y la institución, que los entrevistados no le atribuyen un valor terapéutico al hospital dado que la prolongación del tiempo de internación hace que lo vivencian de forma tal, que lo alejan de su carácter terapéutico.

DIAGRAMA I: VIVENCIA DE LA INTERNACIÓN.



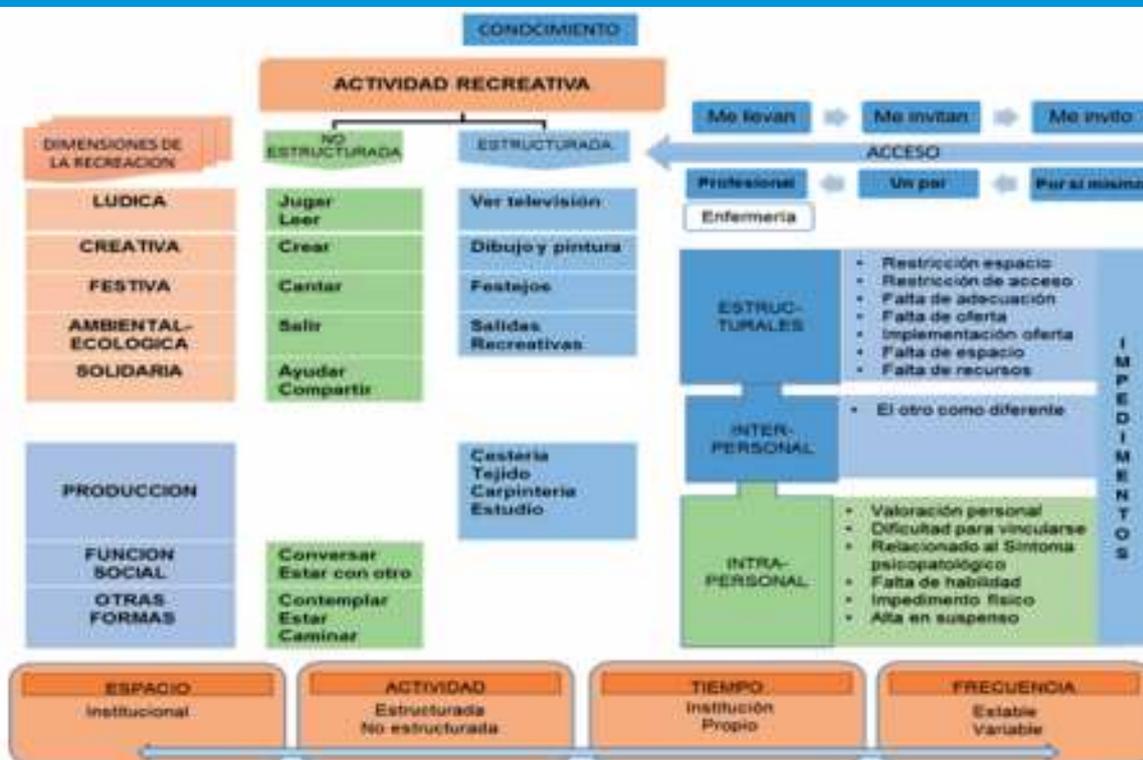
FUENTE: elaboración propia

EXPERIENCIA DE RECREACIÓN: El análisis de esta categoría permitió sistematizar la experiencia de recreación de personas con padecimiento mental durante su internación. La mayoría de los entrevistados reconocen que en la institución se realizan actividades recreativas. Se encontraron

distintos modos de hacer referencia la oferta institucional, actividades estructuradas, relacionándolas a las dimensiones de la recreación: 1) lúdica 2) creativa, asociado a distintos espacios y momentos en donde se realiza la actividad de dibujo, pintura y creación de murales.



DIAGRAMA 2: VIVENCIA DE LA INTERNACIÓN



FUENTE: elaboración propia

3) festiva, actividades relacionadas con el “festejo”, como cumpleaños colectivos, fiestas cívicas, religiosas, de despedida de delegaciones que realizan pasantías por la institución, festejos de la primavera o de fin de año, entre otras. Estas en su mayoría son generadas por el personal de enfermería mediante proyectos institucionales. 4) ambiental-ecológica, relacionadas con la programación de salidas recreativas terapéuticas a museos, lugares turísticos, espacios verdes y recreativos. Las cuales son relatadas por los participantes como actividades normadas y de carácter obligatorio. 5) actividades que responden a la esfera de productividad, identificando como actividades recreativas a las actividades de los talleres del Sector de Terapia Ocupacional. Estos talleres y sus actividades son vivenciadas como espacios que rompen la rutina hospitalaria de su internación, constituyéndose de esta forma en recreativas, como: cestería, tejido, carpintería. Durante el desarrollo de las entrevistas surgió, como un nuevo hallazgo de investigación, que las personas internadas generaban, de forma espontánea, experiencias de recreación durante su hospitalización, a las que se denominó: actividad recreativa no estructurada.

Se caracterizan principalmente por ser generadas como diferenciadas de la oferta institucional, se puede apreciar que se interrelacionan principalmente a los intereses personales y gustos e involucrando la esfera social, como el ayudar, compartir y se constituyen como un medio para hacer lazo social, al igual que las actividades recreativas estructuradas se las puede agrupar según las dimensiones de la recreación en que se desarrolla: 1) lúdica, se caracteriza por haber una mayor implicancia en el hacer, y en el hacer con el otro. Están asociadas a los juegos de la infancia o tradicionales, en el cual encuentran satisfacción y permiten crear lazo social al realizarlos “...el sapo.” (Varón, 39 años). “Jugamos al gallito ciego.” (Varón, 40 años) “Y a la escondida también juego.” (Varón, 40 años). La lectura es experimentada como un entretenimiento. 2) creativa, la persona internada le atribuye que favorece su creatividad por lo que prefiere realizarlas de forma autónoma, sin tener relación con el taller específico, sin cumplir un horario pre acordado, y para lo cual, consigue los recursos necesarios para su desarrollo y elaboración de forma independiente. 3) festiva, se caracteriza por la expresión del festejo mediante la música, el baile y el canto





de preferencia individual, asociado principalmente con la historia de vida y el gusto. 4) ambiental-ecológica, a diferencia de las actividades recreativas estructuradas, estas salidas si bien cuentan con una autorización del terapeuta, éstas no son vivenciadas como obligatorias, sino de libre elección. Son experiencias satisfactorias, que hacen referencia a “la libertad”. 5) solidaria, manifestada en la vivencia social altruista, de voluntariado. Esta destaca dentro de las actividades no estructuradas debido a que dentro de la oferta institucional no se hacen referencia a esta dimensión: ayudar, compartir: a través del compartir el tiempo los bienes materiales, principalmente asociados a la comida, coca y cigarrillos. 6) Se hallaron prácticas de recreación que se constituyen como recreativas dentro del contexto institucional como modos particulares de estar en la institución en función de su dinámica y que guardan relación con lo singular de cada persona. Estos modos particulares se analizaron a través de la función social de la recreación. Entendiendo a ésta como un medio de desarrollo individual y social, que permite la sociabilidad, creando nuevas oportunidades de comunicación y lazo social. En el caso de los participantes se distinguieron dos formas de entablar un vínculo con el otro. A) “conversar”, es una actividad valorada por los entrevistados, y que es buscada sorteando impedimentos. Se realiza de a dos o en pequeños grupos, donde se reflejan las costumbres adquiridas en la institución y es un espacio en donde comparten sus experiencias de vida que lo llevaron a la internación y a su permanencia en la institución. B) “estar con otro”: hace referencia a ocupar un mismo espacio con otra persona, no necesariamente tiene que existir la intencionalidad de conversar o compartir. 7) otras formas, es importante destacar que la recreación no se circunscribe a una actividad tradicional concreta, por lo que cualquier experiencia, conocida o nueva, que la persona realiza y que le atribuya el sentido de recreativa y la vivencie como tal, será considerada como una experiencia de recreación para esa persona en particular. Muestran como actividades intencionadas y las vivencian como recreativas: A) “contemplar” B) “estar”, asociado a estar solo, sin vincularse con otras personas, en un espacio de la institución, no necesariamente con una finalidad de acción práctica en sí misma, es estar poniendo el cuerpo. C) “caminar”, asociado a la acción en sí misma de forma reiterativa y constante por el hospital.

Al consultar a los entrevistados acerca de su participación en las actividades recreativas estructuradas, responden

desde distintos lugares en función a la experiencia. Acerca del modo de acceso a las mismas, se destacan tres modos: 1) por sí mismo: autogestión, se realiza principalmente de forma informal, no surge que esté asociada a la derivación, con fin terapéutico, por parte de algún profesional del equipo tratante. La inserción en la actividad o al espacio de taller aparece desde lo contingente, como casual y voluntario de participar. Casual, del lado que, mientras transitaban por el espacio institucional se encontraron con la oferta institucional, “me lo he encontrado”, “yo lo he visto”, “pasando”, y voluntaria, en tanto, hubo una decisión de quedarse en la misma “me he invitado yo”, “así, saludándolo me quedé...”, “yo fui sola”, es decir, la permanencia recae sobre ellos mismos. 2) por intermedio de un par, por intermedio de un otro, otro par 3) por intermedio de profesionales, reconocen especialmente a enfermería, sobre los demás profesionales de la institución. Expresan diferentes modos de vincularse con los profesionales de la institución, respecto al acceso a la actividad recreativa, el primero, en donde la persona está posicionando como un ser sin poder de voluntad, objeto de otro, el cual tiene poder sobre él, bajo las expresiones “me lleva”, “ellos ponen”, al contrario a la expresión de “me invitaron”, “me han pedido”, dichos que denotan al su reconocimiento como sujetos capaces de elegir y decidir, porque se encuentra intrínsecamente contemplado como sujeto de derecho.

Generalmente los parámetros para referirse a las actividades recreativas están basados en las consideraciones para distinguir a la recreación como un hábito, considerando sus aspectos básicos, respecto al tiempo, espacio, frecuencia y actividad ⁽¹⁴⁾. El espacio está circunscrito al espacio institucional, vivenciado muchas veces como restrictivo; en relación a la actividad, como se dijo anteriormente, existe en la institucional una oferta tradicional de recreación y considerando que la recreación no se circunscribe a una actividad concreta, se observó que las personas internadas vivencian algunas actividades de la oferta institucional, aunque no sean recreativas, como tal. En cuanto al tiempo dedicado a la recreación tienen distintos parámetros para cuantificar el tiempo, algunos apoyados por el cronograma de la oferta institucional, y otros por el espacio interno (mecanismos mentales para cuantificar el tiempo de uno o varios acontecimientos), que le ayudan a sostener una actividad de forma estable, más allá de la institucionalización y los síntomas psicopatológicos. Y en otros, prevalece lo contingente, tornando





la frecuencia de participación variable.

Los entrevistados expresan que se enfrentan a distintas dificultades al desarrollar una determinada actividad recreativa, las cuales limitan de forma parcial o total su experiencia de recreación. Estos impedimentos, fueron categorizados como 1) Impedimentos estructurales: Enfatizan que estos se relacionan principalmente con las carencias, ya sea de la oferta de una nueva actividad que le gustaría realizar o que se vuelva a implementar o la adecuación de la actividad a los intereses particulares; como así también, a la falta de espacio apropiado y recursos que permitan el acceso y/o desarrollo de la actividad misma. Destacan a su vez, la vinculación del poder existente con el personal de la institución, dado que plantean a la restricción como una constante que los limita a transitar o a acceder libremente a espacios y/o actividad recreativa de elección. A) restricción en el espacio físico, limitación para salir o transitar: la restricción impuesta por las prácticas institucionales dificulta que las personas accedan a espacios y por ende a determinadas actividades recreativas que les gustaría realizar. B) restricción de acceso: principalmente a poder acceder a una actividad recreativa de elección, dado que está supeditada a un permiso o una autorización. C) falta de oferta: vinculado a la carencia dentro de la oferta institucional relacionada a propia dinámica hospitalaria. D) relacionados a cómo se implementa la actividad aspectos relacionados a cómo se implementa la actividad propuesta, generalmente como actividades estandarizadas o que no responden a las expectativas de los participantes en la misma. E) falta de espacio físico adecuado: atinente a las limitaciones del espacio institucional para realizar una actividad recreativa. F) falta de recursos materiales: hace referencia a la carencia de materiales que les posibilitaría realizar la actividad recreativa o desempeñarla de forma adecuada. 2) Impedimentos interpersonales, relacionados con la valoración que tienen del otro como diferente que lo vivencian como perturbadores y que le provocan un prejuicio. Algunos asociados con las características conductuales de la persona y otros asociados de la percepción desde lo psicopatológico (alucinación/ delirio). 3) Impedimentos intrapersonales, concerniente a la percepción que hacen acerca de su persona que los limita a relacionarse con el otro, así como, a la atribución que hacen acerca de su lugar dentro de la institución. Además, se refieren a la presencia de los fenómenos psicopatológicos que condicionan su participación en una actividad recreativa.

También hace referencia a la valoración acerca de la falta de una habilidad o destreza para desarrollar la actividad como las limitaciones físicas. A) Valoración sobre su persona: atribución que realiza sobre su persona, en donde consideran que poseen una limitación personal o carecen de un atributo para poder participar de la actividad recreativa. Entre los que se destacan: a) Reconocimiento de una limitación personal: manifiestan que ante la actividad recreativa sienten y valoran que no se encuentran listos o preparados para afrontar su desarrollo, asociándolo una atribución sobre su persona. Expresan una imposibilidad para poder hacer. b) Por sus creencias y valores: manifiestan la limitación en su participación de la actividad recreativa por estar condicionado por valores y creencias religiosas. c) Reconocimiento de una dificultad en poder relacionarse con otras personas: a diferencia de los impedimentos interpersonales, estos hacen referencia a una dificultad interna e individual que limita poder crear o sostener un lazo social. B) Relacionado al síntoma psicopatológico: Los fenómenos psicopatológicos irrumpen en la realidad dificultando o impidiendo la participación en la actividad recreativa. a) Asociado al despliegue del delirio b) Principalmente las alucinaciones cenestésicas y visuales c) Alteración en el curso del pensamiento. C) Falta de habilidad: identifican un impedimento transitorio relacionado a la falta de habilidad o destreza necesaria para desarrollar la actividad recreativa. D) Impedimento físico: dificultad que se relaciona con una condición orgánica, por efectos secundarios y/o adversos de medicación, manifestaciones de la enfermedad o discapacidad física. a) Asociado a la visión b) Asociado a la psicomotricidad. E) Alta en suspenso: atribución que realiza la persona acerca de su condición de "externado" en la institución una vez que se le comunica el alta médica; al considerarse fuera de la denominación de paciente, aunque permanezca un tiempo más en el hospital, considera que no debe seguir realizando las actividades que hacía hasta el momento.

Vivencia de recreación

Entendiendo que la vivencia como una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada, se indagó acerca de las formas particulares de comprender y sentir la experiencia de recreación durante la internación en el hospital. Intentado aprehender los sentidos resultantes de las vivencias de recreación que tienen las personas internadas, a través del análisis de la elección, interés, afectividad, importancia, beneficios percibidos y las atribuciones ^(12, 15).



DIAGRAMA 3: VIVENCIA DE RECREACIÓN DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL DURANTE SU INTERNACIÓN: A) ELECCIÓN. B) AFECTIVIDAD.



FUENTE: elaboración propia

Elección: Al indagar acerca de los motivos por los cuales eligió para realizar una determinada actividad de recreación dentro de la multiplicidad disponible, expresaron distintas formas: motivación intrínseca, motivación extrínseca y abulia. Entre las motivaciones intrínsecas se destaca el gusto por realizar la actividad, expresan que es un motivo de elección. De las múltiples actividades que ofrece el hospital, los participantes eligen ciertas actividades en base a su gusto, y esto los motiva a realizarla periódicamente constituyéndose en una preferencia por sobre otras actividades. La actividad recreativa se realiza básicamente porque agrada, porque “*me gusta*”, y por eso tiene un sentido. Algunos entrevistados pueden llegar a expresar los motivos personales para dar una explicación a su gusto, en algunos casos al profundizar la pregunta acerca de qué actividad prefiere, es ahí donde surgen las particularidades, recibiendo diversas respuestas. En cuanto a las motivaciones extrínsecas, se destaca que la elección en la participación en algunos casos está dada por la exigencia por cumplir con un programa o un requisito que garantice su internación. Por otro lado, aparece la abulia, falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse, relacionada a los síntomas de la enfermedad o a los efectos de la institucionalización.

Los intereses están ligados al desarrollo personal, mediante la posibilidad de adquirir conocimientos en oficios, el estudio y el trabajo, a las actividades de la dimensión creativa, del arte y la música. Valoran el espacio que le

permitan mantener la conversación reforzando el lazo social. Por último, se destaca, nuevamente como en otras categorías analizadas la importancia de conseguir “*la libertad*”, haciendo referencia a que desean irse del hospital, en algunos casos valoran poder regresar con sus familias.

Afectividad: En relación a qué emociones y sentimientos le despierta la realización de la experiencia de recreación, se encontró una limitación dada por la dificultad que tuvieron las personas entrevistadas, de poder expresar las manifestaciones de los diversos estados o gradientes de afectividad. Predominan las respuestas simples y acotadas cuando se le pide que realice una apreciación acerca de su experiencia; estos hallazgos, pueden estar asociados con los efectos alienantes de la institucionalización y/o la sintomatología propia de cada caso. Se agrupó las respuestas en tres categorías: Emociones positivas y/o sentimientos agradables, Emociones negativas y/o sentimientos desagradables, Apatía.

Las emociones positivas y los sentimientos agradables asociados a la experiencia de recreación, en los entrevistados es expresada de un modo singular haciendo referencia “*bien*”, “*libertad*”. La libertad tiene un valor experiencial significativo y se la dimensiona en distintos niveles, desde el anhelo de salir de la institución a sentirse un sujeto libre en su amplia expresión. El “*bien*”, es tomado como una sensación como una explicación circunscripta a la palabra misma. Cabe mencionar que se



encontró algunas exteriorizaciones de satisfacción respecto a la experiencia de recreación, tomándola como un valor en sí misma. En el relato emergieron emoción positiva, manifestándose en el cambio de la tonalidad de la voz acompañada con la expresión “alegre”, “contento”, “divertido”. La satisfacción está ligada a la recreación con un fin en sí mismo, hacer la actividad que “me gusta” provoca la emoción positiva y el sentimiento agradable, así como también, vuelve a emerger con la rememoranza de la experiencia subjetiva, que se encuentra asociada a sentimientos de autovalía, identidad, libertad y a la búsqueda de lazo social.

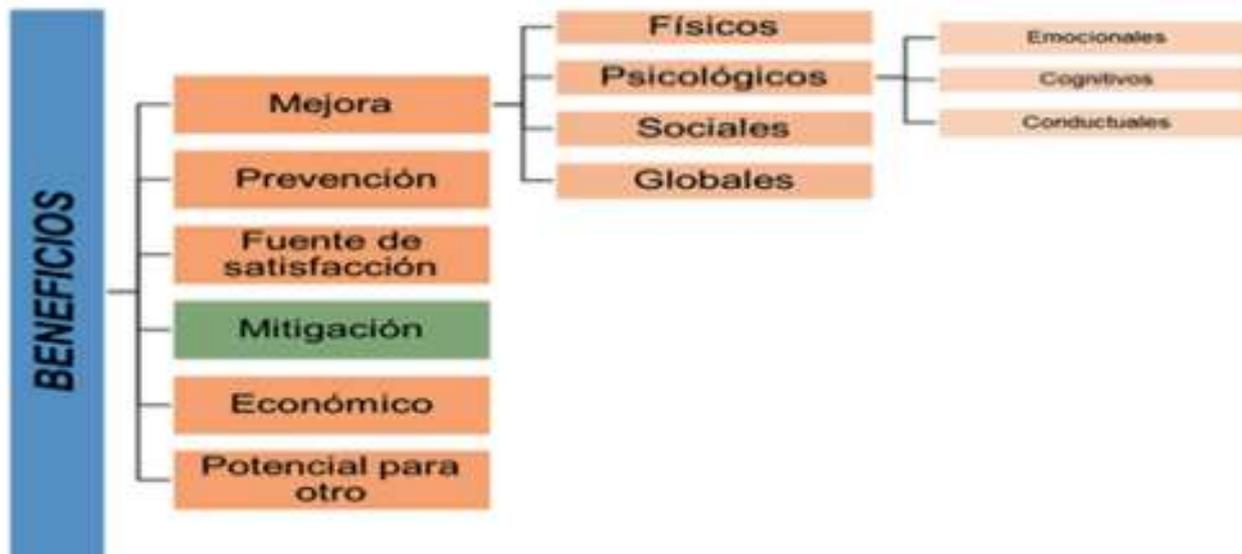
Durante la experiencia de recreación la emergencia de emociones negativas y sentimientos desagradables están asociados a la irrupción de los síntomas psicopatológicos que lo limitan en el “hacer”, así como, a los impedimentos estructurales y la vivencia de internación. En algunos casos se aprecia que hay ausencia de resonancia afectiva,

apatía, que se manifiesta en imposibilidad de expresar afectividad denotada por la dificultad e impedimento del disfrute de la actividad.

Importancia: La mayoría de los entrevistados realiza una valoración positiva de la experiencia de recreación, asociándose principalmente con los beneficios que obtienen de ella.

Beneficio. Cuando la recreación se vivencia como una experiencia satisfactoria tiene efectos beneficiosos que van más allá de encontrar la satisfacción, sino que contribuyen al desarrollo de potencialidades humanas y a la salud plena, individual y social. Los entrevistados señalan una diversidad de beneficios que encuentran durante la experiencia de recreación, los cuales se agruparon para su análisis en correspondencia con la teoría desarrollada por Drivers y Burns, y Cuenca Cabeza ⁽⁷⁾, reflejándose en el siguiente diagrama.

DIAGRAMA 4: VIVENCIA DE RECREACIÓN DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL DURANTE SU INTERNACIÓN. BENEFICIOS.



FUENTE: elaboración propia

Los entrevistados registran que a través de las experiencias de recreación pueden llegar a adquirir habilidades, conocimientos y/o destrezas que favorecen el desarrollo humano. Además, reconocen que le producen un beneficio de bienestar general, así como son una fuente para crear el lazo social. Entre los principales beneficios percibidos, a través de la experiencia de recreación, se destacan los beneficios de mitigación, dado que estos les permiten paliar la irrupción de los síntomas psicopatológicos, y a su vez, sobrellevar el periodo de internación dentro del con-

texto de encierro. La mayoría de los entrevistados viven a la recreación como un medio para sobrellevar estos factores negativos. Encontrándose distintas referencias al respecto, como: 1) Reducir la sintomatología psicopatológica: la experiencia de recreación es vivenciada como un medio importante, que le permite paliar la irrupción de los síntomas psicopatológicos de su enfermedad, dándoles mayor funcionalidad. “E2 ¿Cómo se siente cuando va al taller? EV17 Mejor (...) Me pone mejor el cerebro.” (Varón, 51 años, pág. 79, línea 2.614 a 2.615). 2) Percibir la



atenuación de la enfermedad: vivencian a la recreación como un soporte reparador, en tanto sienten que les ayuda a mejorar su estado de salud actual. "... pero vos sabes, que yo sé bien que para salir adelante tengo que estar bien, necesitas dibujar, yo... tengo que estar dibujando... si lo mejor que puedo hacer... lo mejor que sabés hacer, tenés que hacer..." (Varón, 39 años, pág. 51, línea 1.630 a 1.633) 3) Relajar – Tranquilizarse: La mayoría de los participantes, vivencian que la recreación actúa como una barrera protectora que le permite adquirir un cierto control sobre sus experiencias estresantes reduciendo la tensión e intranquilidad, asociados a la vivencia de internación y los síntomas de la enfermedad. "Me siento bien cuando hago deporte, me siento que descargo los nervios, las tensiones." (Mujer, 32 años, pág. 23, línea 689 a 690) 4) Reducir el aburrimiento: vivencian a la recreación como un medio para mitigar el aburrimiento asociado a los efectos negativos de la vivencia de internación. "Porque quería escribir, quería hacer algo... estaba aburrido (...) Yo creo que acá, cuando estoy acá... antes de que dibuje... estaba aburrido estaba..." (Varón, 39 años, pág. 50 a 51, línea 1.621 a 1.630). 5) Obtener permisos: Registran que realizar actividades recreativas estructuradas son reconocidas por los equipos terapéuticos como favorables para conceder permisos o habilitar a salidas, atribuyéndole el valor de medio o requisito. "Hace tres (3) meses estaba participando haciendo cestería y he dejado porque... yo lo que quería era un permiso por lo menos para salir a recrearme y eso, bueno me sentía más confiado en esa parte pero luego no me han dado el permiso pero así que me han dado... tenés que ir a terapia ocupacional por el profesional a... pasar por lo menos tres (tres) horas o dos y media (2 1/2) por ahí todos los días... así después te damos más permiso y hacemos más amplio el espacio, de cuatro (4) a seis (6) horas una vez a la semana [...] y una vez que salga a la semana, ya es, ya es (...)" E2: ¿Para usted participar en los talleres le permite garantizar que va a salir con su familia? EV19: Y en eso estoy confiado digamos prácticamente..." (Varón, 37 años, pág. 84 a 85, línea 2.798 a 2.808). 6) Atenuación del encierro: las experiencias de recreación son vivenciadas como un medio para atenuar la sensación de encierro durante la internación, así también se perciben como un facilitador del sentimiento de libertad. "E2: ¿Qué siente cuando haces dibujo? EM5: Eh... pues, libertad! (...)" E2: ¿Usted se siente libre cuando pinta? EM5: ¡Sí! E2: ¿Y cuando no pinta? EM5: Cuando no pinto, cansada... no

de la vida porque es linda... cansada, este abrumada." (Mujer, 52 años, pág. 15, línea 400 a 407) 7) Olvidar: las vivencias de recreación permiten atenuar los sentimientos de pérdida mediante la satisfacción que produce emociones y sentimientos agradables, posibilitando olvidar las pérdidas dolorosas. "Es importante porque, una, que vos te olvidas de todo los temas (...) para ponerme en orden... para poder olvidar a mi hermano y esas cosas yo tengo que tener un poquito de... de pedir pastilla para no estar llorando, me pasaba llorando, y para poderme contener pedir pastillita para no llorar por la noche, que me pueda contener" (Mujer, 51 años, pág. 5, línea 50 a 60). Dadas las características del contexto institucional, en los relatos se encontró nuevas categorías que no se contemplaba en la bibliografía consultada y que puede ser encuadrada dentro de los beneficios, agrupándose de la siguiente manera: 8) Económico: Si bien se plantea, que la recreación no persigue un fin lucrativo, la industria de recreación produce ganancias económicas a grupos y empresas creadas para tal fin que movilizan la economía de un país, aquí el sujeto de la experiencia de recreación es el principal proveedor del financiamiento. Por el contrario, en esta investigación, en función del contexto de encierro, los sujetos de experiencia de recreación obtienen una ganancia económica por los productos elaborados en las actividades que las vivencias como recreativas; sin embargo, se utilizan estas ganancias para obtener bienes que cumplen la función de mediar el lazo social. "Me siento más feliz, porque tengo platita para poder ir comprar las cosas que necesito, lo que me hace falta..." (Mujer, 51 años, pág. 6, línea 84 a 86). 9) Beneficio potencial para otro: reconocen que las actividades de recreación pueden llegar a tener un beneficio importante para otros, en la recuperación de su enfermedad, a través de actividades prácticas y diversión. "... usualmente... no que este abandonado, sino que él mismo se abandone el paciente, hay gente que venga el de muchas distracciones, como por ejemplo juegos, diversiones y recreaciones. Son como niños, son como niños, si uno no los habla, no les insiste, no los trae, no encuentra la forma divertida de llegar a ellos no llega, pero si uno tiene la forma divertida seguro que llega. Sí." (Varón, 33 años, pág. 94, línea 3.138 a 3.144). Atribución subjetiva. La mayoría de los entrevistados le atribuyen un valor positivo a la vivencia de recreación, ya sean que estén enmarcadas dentro de la oferta institucional, actividades recreativas estructuradas, o las que se

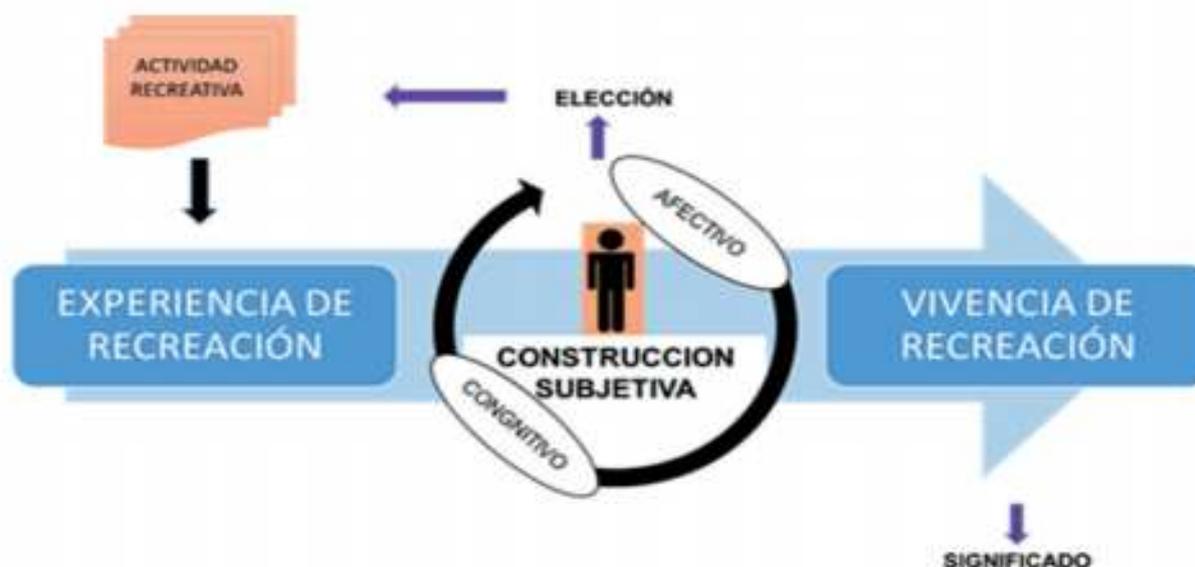




autogestionan, actividades recreativas no estructuradas. En algunos casos, cuando las actividades recreativas son estructuradas, que producen satisfacción al realizarlas y que debido a la presencia de impedimentos estructurales e interpersonales que interrumpen su normal desarrollo pasan a ser valoradas de forma negativa. Es decir, los impedimentos tienen una fuerza de irrupción que afecta el disfrute, por lo que, se la abandona produciendo sensación de frustración y malestar. Por otro lado, las actividades estructuradas adquieren una atribución negativa desde un inicio cuando son vivenciadas como obligatorias. En cuanto a la vivencia de recreación de las actividades

no estructuradas, se observó que éstas están íntimamente relacionadas con el gusto, los intereses, las particularidades de cada sujeto y su historia de vida; resultando ser más satisfactorias que las actividades no estructuradas. Las experiencias de recreación que tiene la persona internada con padecimiento mental, tanto de las actividades recreativas estructuradas como de las no estructuradas, se ven atravesadas por las lógicas institucionales y por lo singular de cada persona. Cada experiencia recreativa, es vivenciada por el sujeto que la percibe, atribuyéndole un valor afectivo, un significado propio y un sentido, lo que se puede apreciar en el siguiente diagrama.

DIAGRAMA 5. VIVENCIA DE RECREACIÓN DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL DURANTE SU INTERNACIÓN



FUENTE: elaboración propia

La vivencia de recreación es el resultado de la diada, cognición-afecto, las cuales no pueden ser separadas, de cual emerge un significado particular que da cuenta del sujeto de la experiencia de recreación. Cuando una persona desarrolla una actividad recreativa disponible en su entorno, ya estructurada o no estructurada, se genera una experiencia de recreación con sus particularidades. El sujeto al ser atravesado por la experiencia de recreación, éste realiza una construcción subjetiva de esa experiencia, en la cual interviene lo afectivo y lo cognitivo, constituyéndose una vivencia de recreación. Es decir, cada vivencia de recreación tiene un significado particular para ese sujeto de la recreación, el cual da un sentido que está determinado por su personalidad. Aunque se experimente la misma experiencia de recreación dentro de la institu-

ción, el sentido otorgado es diferente para cada persona internada, porque éste se elabora en base a su personalidad, a su historia de vida, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, el estado de su enfermedad, sus intereses y su vivencia de internación.

Si la persona valora a las vivencias de recreación como satisfactorias, asociadas a emociones positivas y sentimientos agradables y/o se reconocen que promueven beneficios, tiene mayores probabilidades de que vuelvan a ser elegidas nuevamente por el sujeto para realizarlas. Si además promueven el desarrollo de habilidades o refuerzan el lazo social aumentan el interés para continuar desarrollando la actividad o motivar a explorar nuevas experiencias de recreación retroalimentando el ciclo.



CONCLUSIONES

De la investigación participaron treinta y cinco (35) personas, con una diversidad de diagnósticos médicos, predominando el de esquizofrenia. Durante el desarrollo de las entrevistas se observó que las personas con padecimiento mental internadas tienen afectadas diversas áreas de su funcionamiento, principalmente las áreas cognitivas y emocionales.

Durante el análisis emergió la categoría de vivencia de internación, la cual ayudó a contextualizar la vivencia de recreación, dado que la misma ocurre en el ámbito institucional. Se observó que la coexistencia de discursos sobre la categoría social de la locura y de su respectivo tratamiento en el ámbito del hospital, producen lógicas de ordenamiento del tiempo, del cuerpo y del espacio reflejadas en las prácticas institucionales, que impactan en las personas internadas. Quienes construyen distintas atribuciones respecto a su relación con la institución. Se encontraron tres formas de atribución con respecto a la institución hospitalaria: como *“un espacio que aloja”*, como *“un espacio de tránsito”* y como *“un espacio que perjudica”*.

Se determinó que los participantes reconocen a las actividades recreativas de la oferta institucional, principalmente las que brinda el Sector de Terapia Ocupacional, independientemente de que estas se encuadren dentro de las funciones de esparcimiento o productividad, y las diferencian de otras actividades de la rutina institucional. El acceso se realiza principalmente de forma informal, y cuando ocurre por un intermediario, nombran especialmente a enfermería, sobre los demás profesionales de la institución. Cestería, dibujo y pintura son actividades que realizan tanto mujeres como varones. La actividad de tejido es desarrollada mayoritariamente por las mujeres, mientras que las actividades de los varones están ligadas, el estudio, el oficio, como cestería y carpintería.

Se destaca que los participantes realizan actividades con fines recreativos, no establecidas por la institución, la que se denominó actividades recreativas no estructuradas. Estas se caracterizan por ser espontáneas, aparecen desde el hacer, como acciones que producen mayor satisfacción, dado que surgen del gusto y la preferencia. Estas actividades involucran todas las dimensiones de la recreación, hacen referencia esencial a la creación de lazo social a través del conversar, el compartir, ayudar y con la identidad. Así como, emergieron modos particulares como el contemplar, estar y caminar.

Los impedimentos para las personas internadas están principalmente vinculados a los estructurales e intrapersonales, los primeros asociados a las características de la oferta institucional y a la vivencia de internación, y lo segundo a los síntomas psicopatológicos que tienen incidencia en la participación.

Las vivencias de recreación están atravesadas por las lógicas institucionales y por lo singular de cada persona:

a) Cada experiencia recreativa, es vivenciada por el sujeto que la percibe, atribuyéndole un valor afectivo, un significado propio y un sentido, que se construye en base a su personalidad, a su historia de vida, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, el estado de su enfermedad, sus intereses y su vivencia de internación. b) Los motivos de elección de una actividad recreativa determinada, están asociados en principio a una elección activa y a la satisfacción positiva, en tanto la persona elige de forma libre, muestra implicancia subjetiva y determinación al decidir. En algunos casos, pueden distinguir y expresar su elección de forma explícita y expresar el gusto y preferencia. c) La mayoría de los entrevistados piensa que es importante tener experiencia de recreación, asociándola principalmente con los beneficios que obtienen de ella. d) El principal beneficio percibido, a través de la experiencia de recreación, es el beneficio de mitigación, los cuales le permite paliar la irrupción de los síntomas psicopatológicos, y a su vez, sobrellevar el periodo de internación. Le siguen los beneficios de mejora, sensación de bienestar general, y los sociales, como fuente para construir lazo social, obtener vínculos amistosos y sostener conversaciones. e) Las personas internadas un beneficio económico de la venta de los productos elaborados en las actividades institucionales vivenciadas como recreativas. Esto permite la subsistencia dentro de la institución y a su vez, se utiliza como un medio para crear y sostener el lazo social. f) La satisfacción está ligada a la recreación con un fin en sí mismo, hacer la actividad que *“me gusta”* provoca la emoción positiva y el sentimiento agradable, asociados a la autovalía, identidad, libertad, a la búsqueda de lazo social y la rememoranza de experiencias satisfactorias. g) Dentro de las manifestaciones de emoción positiva, se destacan las expresiones *“alegre”*, *“contento”*, *“divertido”* al referirse a la acción de la actividad. Utilizan la expresión *“bien”*, tomado como un sentimiento agradable, en donde la explicación se circunscribe a la palabra misma. La *“libertad”*, se presenta como un valor experiencial significativo y se la dimensiona en distintos





niveles, desde el anhelo de salir de la institución hasta sentirse un sujeto libre en su amplia expresión. h) Las emociones negativas y sentimientos desagradables que surgieron, están asociados a la irrupción de los síntomas psicopatológicos que lo limitan en el “hacer”, así como, a los impedimentos estructurales y la vivencia de internación que le impiden el desarrollo de la actividad recreativa. i) En algunos casos se aprecia que hay ausencia de resonancia afectiva, que se manifiesta en dificultad de expresar afectividad denotado por la imposibilidad del disfrute de la actividad. j) Los entrevistados le atribuyen un valor positivo a la vivencia de recreación, ya sean actividades recreativas estructuradas o no estructuradas. k) Las experiencias de recreación de actividades recreativas no estructuradas se vivencian como más satisfactorias que las estructuradas. l) Las actividades estructurales adquieren una atribución negativa desde un inicio cuando son vivenciadas como obligatorias o son interrumpidas por impedimentos estructurales e interpersonales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.** Boletín Oficial de la República Argentina, Número 32.041, el día 03 de diciembre del 2.010.
2. **Decreto Reglamentario N° 603/13** de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, el día 29 de mayo del 2.013.
3. **Organización Mundial de la Salud.** “Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma Versión”. [Internet]. Fecha de consulta el 10 de octubre 2014. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
4. **Elizalde R.** Resignificación del ocio: Aportes para un aprendizaje transformacional. Polis [Internet]. 2010 (citado el 14 de junio de 2016). 9(2):437-60. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v9n25/art26.pdf>
5. **Otero López J, Suárez Sandomingo J, Cuenca Cabeza M, Caballo Villar M, Oliveira Pereir B, López E,** et. al. La pedagogía del ocio. Nuevos desafíos [Internet]. Ed. Axac, Lugo. [Citado el 24 de abril de 2016] 13, 56. Disponible en: <https://docplayer.es/400955-La-pedagogia-del-ocio-nuevos-desafios.html>
6. **Moreno, I.** Recreación: proyectos, programas y actividades- la conducción de grupos y personas. Buenos Aires. Lumen Huminitas. 2006. p 12, 24,56, 59
7. **Cuenca Cabeza M, Aguilar E y Ortega C.** Ocio para innovar [Internet]. Documento de estudio de ocio N°42, Universidad de Deusto, Bilbao. [Citado el 10 mayo de 2016] 12, 46. Disponible en: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio42.pdf>
8. **Naciones Unidas.** Declaración Internacional de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III) 10 de diciembre de 1948.
9. **Organización Mundial de la Salud.** [Internet]. [Citado el 10 de octubre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
10. **Cuenca Cabeza, M.** Aproximación multidisciplinar a los estudios de ocio [Internet]. Documento de estudio de ocio N°31, Universidad de Deusto, Bilbao. 2006. [Citado el 11 mayo de 2016] 12. Disponible en: http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio31.pdf
11. **Crawford, D., Jackson, E., Godbey, G.** Assessing Hierarchical Leisure Constraints [Internet]. Leisure Sciences, 13 (4) 309-320 [Citado el 11 mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.nrpa.org/globalassets/journals/jlr/2010/volume-42/jlr-volume-42-number-1-pp-111-134.pdf>
12. **Hernandez A y Sarquis Alarcon Z.** La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico [Internet]. PsicoPediaHoy. 2009 [citado el 4 de diciembre 2015] 54. Disponible en <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>

13. **Stolkiner A y Ardila Gomez S.** Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana [Internet]. Vertex. 2012 [citado el 6 de noviembre 2014] 23: 57- 67. Disponible en: [https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/08salud/stolkiner/Stolkiner,%20A.%20y%20Ardila,%20S.%20\(2012\).%20Conceptualizando%20la%20Salud%20Mental%20en%20las%20practicas%20consideraciones.pdf](https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/08salud/stolkiner/Stolkiner,%20A.%20y%20Ardila,%20S.%20(2012).%20Conceptualizando%20la%20Salud%20Mental%20en%20las%20practicas%20consideraciones.pdf)
14. **Viñals Blanco A, Abad Galzacorta M y Aguilar Gutiérrez E.** Jóvenes conectados: una aproximación al ocio digital de los jóvenes españoles [Internet]. Communication Papers –Media Literacy & Gender Studies. 2014. [citado el 14 de enero 2016] 3 (4): 52/68. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/39157668.pdf>
15. **Fariña G.** Acerca del concepto vivencia en el enfoque histórico cultural [Internet]. Rev Cubana de Psicología. 2005 [citado el 10 enero de 2016] 16 (3): .Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/11.pdf>





HOW TO CITE

CAMPOS M.M; ROJAS CD; LÓPEZ P.J y SACCHI M. "Recreation Experiences of Mentally ill Patients Hospitalized At Dr. Miguel Ragone Mental Health Hospital of Salta, 2015" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)*, 2019 Vol 2, No. 13, (15-32).



COMO CITAR

CAMPOS M.M; ROJAS C.D; LÓPEZ P.J y SACCHI M. "Vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental internadas en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, Salta 2015" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol 2 N° 13, (15-32).

María Mercedes Campos



El Artículo Actualiza

Sobre una mirada hacia la cotidianeidad de 35 personas institucionalizadas y exponen el punto de vista respecto de las actividades recreativas programadas, contraponiéndose con la visión de futuro.

María Mercedes CAMPOS y Carlos Daniel ROJAS
 indagan sobre

¿Cuáles son las vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental internadas en el Hospital de Salud Mental Dr. MIGUEL RAGONE Salta 2015?

KEYWORDS

Mental illnesses,
 Subjects of care,
 Self-Care,
 Basic and instrumental daily living activities
 (BDLA & IDLA)

PALABRAS CLAVES

Padecimientos mentales,
 Sujetos de atención,
 Autocuidado,
 Actividades Básicas e Instrumentales
 de la Vida Diaria





HOW TO CITE

CAMPOS M.M; ROJAS CD; LÓPEZ P.J y SACCHI M. "Recreation Experiences of Mentally ill Patients Hospitalized at Doctor Miguel Ragone Mental Health Hospital in Salta, 2015" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol 2, No. 13 (15-32).

COMO CITAR

CAMPOS M.M; ROJAS C.D; LÓPEZ P.J y SACCHI M. "Vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental internadas en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, Salta 2015" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol 2 N° 13, (15-32).

Carlos Daniel Rojas



El Artículo Actualiza

Sobre una mirada hacia la cotidianeidad de 35 personas institucionalizadas y exponen el punto de vista respecto de las actividades recreativas programadas, contraponiéndose con la visión de futuro.

María Mercedes CAMPOS y Carlos Daniel ROJAS
indagan sobre

¿Cuáles son las vivencias de recreación de las personas con padecimiento mental internadas en el Hospital de Salud Mental Dr. MIGUEL RAGONE Salta 2015?

KEYWORDS

Mental illnesses,
Subjects of care,
Self-Care,
Basic and instrumental daily living activities
(BDLA & IDLA)

PALABRAS CLAVES

Padecimientos mentales,
Sujetos de atención,
Autocuidado,
Actividades Básicas e Instrumentales
de la Vida Diaria





IMPACTO EMOCIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AL INICIO DEL TRATAMIENTO QUIMITERÁPICO, EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CAPITAL FEDERAL, AÑO 2015

EMOTIONAL IMPACT IN ONCOLOGICAL PATIENTS AT THE BEGINING OF THEIR CHEMOTHERAPEUTIC TREATMENT AT THE ONCOLOGY DAY HOSPITAL IN "HOSPITAL MILITAR CENTRAL", CAPITAL FEDERAL, 2015

SANCHEZ, Joana Mercedes*, ACOSTA, Sara**

*Lic. en Enfermería, **Lic. En Enfermería, Director de Tesis

Contacto: Lic. Joana Mercedes SANCHEZ E-Mail: jmersanchez@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: conocer el impacto emocional de los pacientes en su primer día de tratamiento quimioterápico.

METODOLOGIA: investigación prospectiva, descriptiva y transversal, muestra no probabilística, Mayo – Julio 2015. Cuestionario con preguntas cerradas y abiertas.

RESULTADOS: muestra de 27 pacientes (52%) oriundos de Bs. As., 33% interior del país. 48% ocupan el rol de padres; (70%) refirió recibir información oportuna por parte de los profesionales, pero un 63%, no la comprendió, se utilizaron términos científicos. Conocimientos previos sobre efectos secundarios 37% vómitos y 33% pérdida del cabello, siendo la primera lo que más les preocupa (30%). 33% pretende que sepan disipar sus dudas. Provoca más angustia el temor a sentir dolor 33%. 74% de los pacientes busca contención y acompañamiento emocional. 52% tiene la expectativa de curarse luego de realizar el tratamiento.

CONCLUSIONES: el inicio del tratamiento altera emocionalmente, al paciente y entorno, imposibilitando mantener su rol familiar (48%), desarraigo de su lugar de origen, económicos y de lazos familiares, influyen negativamente en su recuperación, predisponiendo a sufrir efectos colaterales más severos.

PALABRAS CLAVES: *Paciente oncológico, Impacto Emocional, Quimioterapia.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: to know patients' emotional impact on the first day of their chemotherapy.

METHODOLOGY: prospective, descriptive cross sectional research using a non-probabilistic sample, May – July, 2015. Open-ended and closed-ended questions.

RESULTS: sample of 27 patients (52%) native of Buenos Aires and 33% of them native of the interior of the country. 48% of patients play the role of parents. 70% referred they received timely information from health professionals, but 63% did not understand it because of the scientific terminology used. As to their previous knowledge of side effects, 37% referred vomiting and 33% referred hair loss, being the first the one they are most worried about (30%). 33% expect health professionals know how to clear up doubts. Fear of feeling pain causes more distress (33%). 74% of patients seek emotional support and assistance. 52% expect to be cured after the therapy.

CONCLUSIONS: the start of the treatment causes emotional distress in the patient and his environment, thus making it impossible to keep their family role (48%). Uprooting of their place of origin, of their personal economy and family ties, negatively influence their recovery, thus predisposing the suffering of more severe side effects.

KEY WORDS: *Oncological Patient, Emotional Impact, Chemotherapy.*



INTRODUCCIÓN

El cáncer se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y se denominan tumor primario. Además, las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen, y la de diseminarse por la sangre o linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis. En otras palabras, es una enfermedad celular, en donde se alteran los mecanismos de proliferación y diferenciación que escapan a los sistemas de control del organismo. (Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología, 2012)

El desconocimiento y la respuesta de miedo que la mayoría de la población tiene sobre la enfermedad y sus tratamientos, provocan actitudes negativas e interpretaciones erróneas sobre la quimioterapia. Los efectos secundarios provocan cambios físicos difíciles de tolerar por parte del paciente, que dificultan la adaptación emocional durante el tratamiento; junto a esto es frecuente que aparezcan sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad emocional.

Las circunstancias anteriores, originan que el paciente que acude a ser tratado por primera vez, con quimioterapia de manera ambulatoria en un Hospital de Día, en la mayoría de las ocasiones tenga más dudas y temores que al momento de recibir el diagnóstico, puesto que después del impacto inicial puede presentar angustia, término que en psicología se usa para describir sentimientos o emociones desagradables que pudieran interferir con su capacidad de enfrentarse al cáncer, sus síntomas físicos y los efectos secundarios de su tratamiento.

El Hospital de Día del servicio de Oncología del Hospital Militar Central, de Capital Federal, cuenta con capacidad para atender hasta diez pacientes por turno. La dotación del servicio se compone de dos Lic. en Enfermería, dos enfermeros profesionales y una auxiliar en Enfermería, el servicio está coordinado por una Enfermera Jefe de Enfermería, todo el personal ampliamente calificado para atender a esta calidad de pacientes.

Con la presente investigación se pudo determinar el impacto que sufre el paciente oncológico en su primer día de

tratamiento quimioterápico, en el Servicio de Hospital de Día de Oncología del Hospital Militar, durante los meses de Mayo – Julio del año 2015.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer el impacto emocional que sufren los pacientes en su primer día de tratamiento quimioterápico en el servicio de Hospital de Día, del Hospital Militar Central, en el periodo de mayo a Julio, año 2015

Objetivos específicos:

Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.

Identificar factores que influyen en el estado emocional en el momento de la aplicación del tratamiento quimioterápico.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una investigación prospectiva, descriptiva y transversal, en una muestra no probabilística, ya que la misma quedó conformada con aquellos pacientes que iniciaron tratamiento quimioterápico, en el Servicio de Hospital de Día de Oncología del Hospital Militar Central, durante los meses de Mayo – Julio del año 2015.

Se solicitó la autorización pertinente a la Dirección General del Hospital Militar Central mediante nota objeto, siguiendo cadena de comando como dicta la reglamentación para Personal Militar, así también al Departamento de Enfermería de dicho nosocomio.

Antes de la entrega del cuestionario (anexo) se explicó la finalidad del estudio a los pacientes, y se les solicitó que confirmen su participación mediante un consentimiento informado.

La recolección de los datos se realizó en los tiempos previstos en el proyecto. Para ello se aplicó un cuestionario de carácter anónimo, con preguntas de tipo cerradas y abiertas, organizadas en dos partes: la primera referida las características sociodemográficas, ellas fueron edad, sexo, procedencia y estado civil; y una segunda parte orientada a recolectar datos específicos que permitan identificar el impacto emocional de la muestra en estudio, tales como, rol que ocupa dentro de la familia; conocimiento del diagnóstico; explicación del médico sobre la enfermedad; comprensión de la información recibida; conocimiento previo del tratamiento; conocimiento sobre





efectos secundarios; dudas al inicio del tratamiento; expectativas acerca del personal del servicio; necesidad de un acompañante emocional; aspectos que le impactaron al enterarse que debía realizar quimioterapia, deseo de conocimiento previo al inicio del tratamiento, y expectativas sobre el mismo.

En el primer contacto con los sujetos de estudio se explicó el objetivo de la investigación y las consignas para completar el cuestionario, dejando abierta la posibilidad de los mismos para aclarar dudas. Luego se solicitó su participación aclarando que la misma era de carácter voluntario y anónimo. Para tal fin se entregó un formulario de consentimiento informado. Los participantes dispusieron del tiempo que duraba su primera sesión de tratamiento para responder al cuestionario.

La población estuvo constituida por todos los pacientes oncológicos que cursaban su primer día de tratamiento quimioterápico en Hospital de Día de Oncología, del Hospital Militar Central, Capital Federal, durante el periodo de Mayo – Julio 2015. La muestra quedó conformada por los pacientes oncológicos (27) que cursaron su primer día de tratamiento quimioterápico en el Hospital de Día de Oncología, del Hospital Militar Central, Capital Federal, durante el periodo de Mayo – Julio 2015 y que aceptaron participar del estudio.

La participación de los sujetos fue voluntaria, para eso se empleó un formulario de consentimiento informado.

Los criterios para la selección de los participantes fueron:

- Pacientes diagnosticados con patología oncológica, que iniciaron su tratamiento quimioterápico y que aceptaron participar del estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Quedaron excluidos aquellos pacientes que, por la oportunidad del diagnóstico, tratamiento, o lugar de procedencia, hayan iniciado el mismo en otro servicio y/o institución.

El procesamiento de los datos se realizó en programa Excel 2003, se volcaron los mismos en tablas de distribución de frecuencia y contingencia, así como también en gráficos y se presentaron en valor porcentaje para su mejor lectura y comprensión.

También fue necesaria la transcripción de aquellas preguntas abiertas, esto nos permitió enriquecer el análisis de la información.

RESULTADOS

Del análisis de la información obtenida, surgieron los siguientes resultados:

La muestra quedó constituida por 27 pacientes, del 100% de los individuos entrevistados, el 59% corresponde al sexo femenino, con una edad promedio de 46 años, la mayor concentración de edades se encuentra entre los 40 – 61 años (50%). No existe mayor diferencia con los pacientes masculinos, salvo que la mayor concentración de edades esta entre los 62-83 años con una media de 65 años.

Nótese que son las mujeres quienes son diagnosticadas e inician tratamiento con quimioterapia a más temprana edad (50% edades comprendidas entre 40-61 años), a diferencia de los hombres, quienes, según los datos obtenidos, comienzan tratamiento a edades más tardías (56% en edades entre 62 – 83 años)

Al realizar el análisis de la procedencia, el 52% son provenientes de la provincia de Buenos Aires, el 33% son derivados desde las provincias del interior y el 15% corresponden a pacientes que habitan en Capital Federal. Estos datos son muy importantes, pues denotan que el desarraigo que tienen los pacientes derivados desde el interior para su tratamiento quimioterápico, influye negativamente, teniendo en cuenta los aspectos afectivos, y hasta los económicos, pues deben buscar alojamiento durante el periodo que dure su tratamiento.

Al realizar el análisis de la variable estado civil, el 33% son casados, el 26% están en pareja y el 19% están separados. De relevancia por la importancia de tener un núcleo familiar formado, en los roles y las relaciones interpersonales de sus miembros; así también el apoyo emocional que de ellos pueda obtener. Todo ello implica una actuación desde el equipo de trabajo, pues se debe dotar de herramientas al entorno del paciente para hacer frente a esta nueva situación.

Con respecto a la pregunta sobre el Rol que ocupa dentro de su grupo familiar, el 48% manifestó ser padres sostén de familia, el 26% madres sostén de familia, y el 19% personas sin carga familiar. Aun así, manifestaron necesitar contar con el apoyo de los padres o hermanos, cambiando la distribución y el comportamiento del resto del grupo familiar. El rol que el paciente ocupa dentro de su entorno familiar, es de vital importancia actuando de manera particular en las emociones expresadas por el mismo. Un padre que es sostén de familia siente que la enfer





medad o el tratamiento imposibilitará el cumplimiento de ese rol, por la incapacidad del enfermo para trabajar o la preocupación de que la familia pueda tener necesidades que no se podrán satisfacer. Tanto padres como madres además tienen el temor de ver afectado este rol al tener niños pequeños, a quienes no podrán ver durante los días que dure el tratamiento.

Cuando se preguntó sobre el conocimiento de su diagnóstico definitivo, el 59% afirma conocer su diagnóstico, y un 41% no lo conoce. Denotando como muchos pacientes se presentan a su primera cita, para comenzar su tratamiento quimioterápico, sin saber qué les sucede. Al indagar al 41% restante de las personas acerca del desconocimiento de su diagnóstico, la mayoría respondió: "no me dicen nada acá", una persona respondió: "hablan siempre con mi mujer yo no sé nada", y otros respondieron "prefiero no saber. Ante la pregunta sobre si recibió información sobre su tratamiento, si bien el 70% de las personas estudiadas, respondieron que SI, un elevado porcentaje (30%) respondió no haberla recibido, expresando "no sé muy bien qué tengo, y no me dicen bien", dos pacientes se refirieron al tiempo en que dura la consulta respondieron: "hablamos casi nada con el doctor porque tenía muchos pacientes", "fue todo muy rápido entre que vio los estudios y hablamos ya tenía que pasar otro paciente, así que no hubo tiempo", otros argumentaron "que no entendieron mucho lo que les habló el doctor".

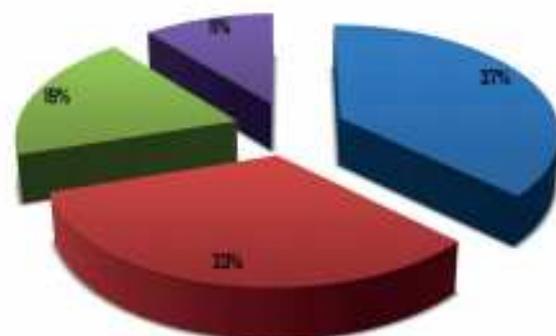
Sobre comprensión de la información recibida, el 63% afirma no haberla comprendido y sólo el 37% respondió haberla comprendido. Al consultar de por qué no comprendieron la información recibida, la mayoría de los pacientes concluyen de una manera u otra, en que no comprenden el vocabulario usado por los profesionales, con frases por ejemplo como: "me dijeron un par de cosas, pero con tantas palabras difíciles no entendí mucho", "me da vergüenza preguntar muchas veces lo que no entendía".

Relacionando estos datos con los que arrojó la pregunta anterior sobre si creían haber recibido información oportuna sobre su tratamiento, surge, que si bien los pacientes reciben información antes del inicio de su tratamiento quimioterápico (70%), sólo el 37% del total de los entrevistados afirma haber comprendido la misma. En cuanto a los resultados obtenidos sobre el conocimiento de su enfermedad, el 45% cree que es un trastorno que luego del tratamiento se curará, el 33% cree que es una enfermedad curable y el 22% cree que es una patología benigna. Lo expresado indica que la mayoría de los pa-

cientes cree que padecen una patología curable, se induce que los médicos no utilizan la terminología cáncer o tumor correspondiente, promoviendo la confusión o mal interpretación por parte de los individuos; quienes tienen la esperanza de sobrevivir a la enfermedad.

Cuando se preguntó a los pacientes si tenían conocimiento sobre el tratamiento, el 70% respondió afirmativamente, y el 30% restante manifestó no tener conocimiento previo. En la actualidad gracias a los avances de la tecnología se tiene acceso a un sin fin de información, la mayoría de las personas recurren a buscar respuestas a todas sus inquietudes por ejemplo por Internet. Lo que los pacientes no tienen en cuenta es que muchas veces la información la presentan fuentes no muy confiables o que ellos mismos no están preparados para asimilarlas. Creando así un estrés, aumentado en ellos la ansiedad y favoreciendo la predisposición a la incertidumbre y desconcierto. Con respecto al conocimiento previo sobre futuros efectos secundarios, del total de personas que respondieron, el 37% dijo saber que podrían provocarme vómitos y decaimiento, el 33% que se le caería el cabello; haciendo hincapié a trastornos fisiológicos, en cambio el 19% que no podrían trabajar y el 11% que no podrán cuidar sus hijos, enfatizando sobre los efectos emocionales o trastornos que se provocan en la rutina familiar y social. Ante la pregunta sobre qué esperaban del personal de enfermería que los iba a atender en el hospital de día, el 33% respondió "que sepan disipar sus dudas", "el 26% que les den contención", "el 19% que le expliquen el procedimiento a medida que se lo vayan administrando", "el 11% que el personal que los atiende se encuentre capacitado", y por último un 11% respondió "que fueran tratados con humanismo y que se pongan en mi lugar".

GRÁFICO Nº 1: DATOS DEL CUESTIONARIO



FUENTE: elaboración propia

is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional License.





Se preguntó sobre las dudas que tenían los pacientes al inicio del tratamiento quimioterápico. Al analizar los datos surge que el 33% quería saber si el tratamiento sería doloroso, el 22% si podían estar acompañados, el 19% si podían desayunar antes de la aplicación, el 15% si durante la aplicación podían ingerir agua, el 7% si podían ir al baño durante la aplicación y el 4% tenían otras dudas como ser los cuidados en su casa, luego de finalizar el tratamiento.

Se puede inferir lo negativo que puede ser el desconocimiento del tratamiento con respecto al 33% que tenían padecer dolor por la administración del tratamiento; es notable también que el 22% que solicitó algún tipo de compañía durante la aplicación tal vez por temor a lo desconocido. El 19% que creían no poder desayunar antes de la aplicación puede deberse al "ayuno" pre toma de muestra para análisis que en estos pacientes son rutina.

El acompañamiento emocional durante la administración del tratamiento, el 74% aceptó necesitarlo y el 26% restante, expresó que no, enfocadas más hacia el acompañamiento de un familiar, algunas pocas se refirieron a algún tipo de acompañamiento más de tipo espiritual. La solicitud es por causa de miedo: "por si me descompongo", "me acompañe en el dolor, porque ella entiende todo así hablan con ella, practico reiky quisiera que mi maestra me acompañe, ella me tranquiliza". Lo que más le preocupó al enterarse que debía iniciar tratamiento quimioterápico, se obtuvieron los siguientes resultados: algunos estaban referidos a efectos orgánicos y fisiológicos como, el 30% que dijo que le preocupaba la caída del cabello, al 19% le preocupaba tener vómitos y no poder comer. Otros se refirieron a cuestiones que impactan o provocan cambios en el grupo familiar o de índole emocional del individuo y su entorno, donde el 22% manifestó preocuparle quien cuidaría a sus hijos el 14% que no podrá estudiar o trabajar, el 8% se refirieron a otras cuestiones como ser: "dolor en la aplicaron de la medicación", "tengo venitas difíciles espero que puedan encontrarme alguna, no sé cómo van a hacer". Al analizar la pregunta sobre el deseo de recibir información antes de iniciar la aplicación del tratamiento, el 78% manifestó que, Si le interesaba conocer sobre el tratamiento, 15% prefiere que se le explique al familiar que lo acompaña, y sólo el 7% dijo no querer saber nada. Se realizó una segunda pregunta a los pacientes que contestaron que preferían que le expliquen al familiar que los acompaña, respondieron: "no entiendo mucho de que me hablan, ella es quien lleva todo"

"me pone mal cuando me hablan de los tiempos de las quimio" Aquellas personas que respondieron no querer saber nada se enfocaron más que nada en el estrés que le causa saber el pronóstico y "lo mal que lo van a pasar" luego de la aplicación.

En relación a qué esperaban los pacientes del tratamiento que iniciaban, se obtuvieron los siguientes resultados, el 52% esperaba que el tratamiento los cure, el 37% que la medicación reduzca el tumor/quiste para luego operarse y el 11% espera que se frene la enfermedad.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, puede afirmarse que los estados emocionales, el nivel de conocimiento acerca de la patología, el acompañamiento de familiares y/o amigos, influyen positiva o negativamente en la aceptación de la primera sesión del tratamiento quimioterápico, minimizando o no los efectos secundarios, (vómitos, náuseas, etc) tal como se plantean en los antecedentes citados precedentemente.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación surgen las siguientes conclusiones:

Características Sociodemográficas:

- Son las mujeres quienes inician a más temprana edad el tratamiento.
- Un alto porcentaje de los pacientes estudiados provenían de provincias del interior del país, genera un elevado estrés por el desarraigo de su lugar de origen y los gastos que implican tanto el traslado como la estadía durante el tiempo de aplicación del tratamiento.
- En relación al estado civil, la mayoría eran personas casadas o en pareja esto es importante por la contención que el paciente necesita.

Factores relacionados al estado emocional

- Un gran número de personas son sostenes de familia, con la implicaría que no podrán trabajar, ni cumplir su rol protector dentro de la familia
- Un elevado porcentaje afirmaron no conocer su diagnóstico actual. El 70% respondió haber recibido información necesaria y el 30% que no la recibió, así mismo un porcentaje muy alto de personas (63%) manifestaron no haberla comprendido.
- En cuanto al conocimiento de la enfermedad, un alto porcentaje cree que es un trastorno que luego del tratamiento se curará (46%), el 33% respondió que es una





enfermedad curable y el 22% cree que es una patología benigna. Obedece a la terminología utilizada por el profesional y el temor con el que cuenta el paciente que induce a una mala interpretación de la patología.

- Entre los aspectos citados con mayor frecuencia por los pacientes hacia el personal de enfermería que los atiende, figuran contención, empatía, humanismo y que el personal sepa disipar las dudas.

- La mayor preocupación al enterarse que debían iniciar tratamiento quimioterápico, fueron referidas con respecto a la estética como ser la caída de cabello o el malestar como náuseas o vómitos, un pequeño porcentaje cito al dolor como variable que favorece una alteración emocional.

Los pacientes esperan de manera positiva que el tratamiento los cure de la enfermedad.

- El inicio del tratamiento oncológico con quimioterapia provoca alteraciones emocionales, tanto en el paciente como en su entorno, se encuentran insertos dentro de un torbellino de incertidumbre e inquietudes que les genera estrés provocando la predisposición a padecer un aumento en los efectos colaterales del tratamiento y en muchos también que abandonen el tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Diseñar programa para la educación de los pacientes con modalidad de talleres o entrevistas personalizadas pre aplicación de tratamiento para disipar dudas e inquietudes.

- Conformar grupos de investigación, donde se profundice el tema, teniendo en cuenta no solo a los cuidados enfermeros para estos tipos de pacientes sino también la satisfacción del personal de enfermería en dicho servicio.

- Compartir los resultados con el personal del servicio de Hospital de Día de Oncología, e incentivar Al Departamento de Enfermería y Dirección del nosocomio para la formación de enfermeras con dedicación exclusiva para las entrevistas previas a los pacientes.

- Desarrollar un programa de capacitación continua que facilite el desarrollo profesional del personal de enfermería, mejorando así la calidad atención de enfermería y la unificación de criterios de cuidado.

- Publicar los resultados obtenidos en jornadas científicas y revistas especializadas.



ANEXO

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Lugar de Nacimiento: _____
 Lugar de Residencia: _____

Estado Civil:
 Soltero Casado Vuido Separado En Pareja

Hijos: _____
 Edades: _____
 Profesión: _____
 Trabaja: _____
 Tratamiento Ambulatorio: _____

Internación: _____
 ¿Qué rol ocupa usted en su familia?
 Padre/sostén de familia
 Madre/sostén de familia
 Hijo
 Hermano

DATOS DE LA ENFERMEDAD

1-¿Conoce su Diagnóstico?
 Si
 No

a) ¿Quién le informó? _____
 b) ¿Que le explicaron? _____

c) ¿Cuándo se enteró? ____/____/____

2-¿Cuándo recibió su Diagnóstico se encontraba acompañada?
 Si ¿Por quién? _____
 No

3-¿Considera usted que recibió información necesaria?
 Si
 No

¿Que es lo que entendió? _____

4-¿Usted comprendió lo que le explicó su doctor?
 Si
 No ¿Que es lo que no entendió? _____

5-Recibe tratamiento quimioterápico en pareja con:
 Radioterapia Quimioterapia

6-¿Algún familiar suyo o conocido cercano realizó tratamiento quimioterápico?
 Si
 ¿Quién? _____
 No

7- ¿Qué le contaron sobre los efectos de la quioterapia?
 Que me provocaría muchos vómitos y decaimiento
 Que se me caería el cabello
 Que no podré trabajar
 Que no podré cuidar a mis hijos
 Otras _____

8-¿Siente confianza en su médico tratante?
 Si
 No ¿Por qué? _____

9-¿Cuáles son sus dudas ahora que comenzó el tratamiento?
 a) Cuánto durará la aplicación
 b) Me dolerá
 c) Puedo ingerir alimentos durante la aplicación
 d) Puedo tomar agua durante la aplicación
 e) Puedo movilizarme al vano durante la aplicación
 f) Puedo estar acompañada
 g) Otras _____

10-¿Quisiera conocer el lugar dónde realizará tratamiento?
 Si
 No ¿Por qué? _____

11-¿Que espera usted del personal del Hospital de Día que lo atenderá?
 a) Que sea un personal capacitado y no me pinchen varias veces
 b) Que me vayan explicando lo que me va haciendo
 c) Que sepan disipar mis dudas
 d) Que me traten con amabilidad
 e) Otras _____

12-¿Desea usted un acompañamiento emocional para usted y la persona que lo acompaña durante el tratamiento?
 Si ¿Quién? _____
 No ¿Por qué? _____

13- ¿Cuándo supo que tenía que hacer tratamiento quimioterápico ¿Qué fue lo que más le preocupó?
 a) Que no iba a poder trabajar/estudiar
 b) Que se me iba a caer el cabello
 c) Que iba a tener vómitos y no podría comer
 d) Quién va a cuidar a mis hijos
 e) que podría perder mi trabajo
 f) Otras _____

14-¿Desea usted hablar de su tratamiento antes de iniciar la aplicación de quimioterapia?
 a) si me gustaría saber
 b) No, prefiero no saber nada ¿Por qué? _____
 c) Que me expliquen a quién me acompaña que me va suceder, pero yo no quiero saber nada

15-¿Que espera usted de su tratamiento?
 a) Que me curo
 b) Que trane la enfermedad
 c) Que reduzca el tumor/quiste para poder operar

Muchas Gracias por su participación

FUENTE: elaboración propia





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología** [pagina web] consultado: 17 enero 2015 <http://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
2. **Agüero, N F, Orellano, R. E.; Droño, G L** 2012 "Estudio de las relaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y sucesos de vida en adultos de la ciudad de Mar del Plata que presentan condiciones socioeconómicas desfavorables" [tesis] Lic. En Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
3. **Levenson, R.W. (1994). Human emotion. A functional view. In P. Ekman & R.J. Davidson** (Eds). *The nature of Emotions: Fundamental Questions* (pp. 123-126). [pagina web] New York: Oxford University Press. Consultado: febrero 2015 en: <http://es.wikipedia.org/wiki/emocion>.
4. **Burton y Cols.** (1998) *consejería para personas con cáncer* [pagina web] consultado : noviembre 2014
5. **Aguilar P.J, De la Garza J.S.** " Quimioterapia". En: Herrera GA, Granados GM, González BM. *Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos*. 3ª ed. Mc Graw Hill; 2006: 105-111
6. **Alvarado Aguilar S, Velásquez Rodríguez A.L** "Impacto psicológico de la comunicación en las salas de espera de tratamiento ambulatorio" Rodríguez y Alvarado, *Cancerología* 4 (2009): 31-38
7. **Arranz J.A, Carrión G, García R, Meana J.A, Pérez Manga G, Torán A. En: Díaz-Rubio E, Duque A et al,** editores. "Aspectos Psicosociales de los enfermos oncológicos. Tratamiento sintomático del paciente canceroso" Madrid: publisalud S.A., 1991; 199-222
8. **Calderón Garnica E.** "Manejo de emociones en personas con quimioterapia." Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Mich. Febrero de 2009.
9. **Cano A.** "control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer" *Psicosociología*. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80.
10. **Capafons J.I, Carballeira M, Sosa C.D.** "Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama". *Ansiedad Estrés* 1999; 5(1):47-60.
11. **De la Gándara I, Espinosa E, González Barón M, Poveda J.** "La información al paciente con cáncer. Concepto de verdad soportable y progresiva" *Neoplasia* 1993; 10: 7-8.
12. **Fernández A.** "Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos" *Asociación Española Contra el Cáncer. Psicooncología*. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 169-180.
13. **Groshaus C.M.** "Habitando los pasillos: grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicos y condiciones de existencia en una cultura negadora de la enfermedad y la muerte." *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Argentina. 2002; 12(2): 5-8.
14. **López Roig S, Massuti B, Pastor M.A, Rodríguez Marín J, Terol M.C.** "Estrés percibido y afrontamiento de la enfermedad en pacientes oncológicos". *Ansiedad Estrés* 1994; 0:113-9.
15. **Momblona Dorado M.S.** "Estudio del impacto del conocimiento del cáncer de colon en la ansiedad en pacientes del Hospital General Universitario de Valencia. Universidad de Valencia, España, 2010.





HOW TO CITE

SANCHEZ J.M y ACOSTA S. "Emotional impact in oncological patients at the begining of their chemotherapeutic treatment at the Day Cancer Department in Hospital Militar Central, Capital Federal, 2015" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences, (Arg) 2019, Vol. 2, No. 13, (33-41).*



COMO CITAR

SANCHEZ J.M y ACOSTA S. "Impacto emocional del Paciente Oncológico al inicio del Tratamiento Quimioterápico, en el Hospital de Día de Oncología del Hospital Militar Central, Capital Federal, año 2015", en *REV. DE LA FCS. (Arg) 2019, Vol. 2 N° 13, (33-41).*

Joana Mercedes Sanchez

Licenciada en Enfermería,
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Universidad Nacional de Salta
 (2014)

Egresada
 Curso de Enfermería Oncobemastológica
 Sociedad Argentina de Hematología
 (2014)

Profesora Superior en Enfermería,
 Universidad Católica Argentina
 (2018)

Especialidad en
 Enfermería Oncológica
 Universidad Austral
 (cohorte 2019-2020)

Responsable de la Comisión de Docencia
 División de Enfermería
 Hospital Militar Regional Paraná

Teniente Primero del Ejército Argentino
 y desempeña sus funciones como
 Enfermera Asistencial en el
 Servicio de Terapia Intensiva
 del Hospital Militar
 Regional Paraná

El Artículo Actualiza

La investigación realizada demuestra el impacto que los pacientes diagnosticado con una patología oncológica, presentan en el inicio del tratamiento quimioterápico. El desconocimiento y la inadecuada información que se tiene sobre la patología y sus tratamientos generan sentimientos de desesperanza y son transitados de manera negativa, aumentando la baja adherencia al tratamiento como el aumento a padecer efectos secundarios.

Joana Mercedes SANCHEZ
 indaga sobre

¿Cuál es el impacto emocional que puede presentar el paciente en su primera visita al Servicio de Hospital de Día de Oncología del Hospital Militar Central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para el comienzo de su tratamiento quimioterápico durante los meses de mayo a Julio del año 2015?

KEYWORDS

Oncological Patient,
 Emotional Impact,
 Chemotherapy

PALABRAS CLAVES

Paciente oncológico,
 Impacto Emocional,
 Quimioterapia





MODOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON OSTOMIA INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA BUENOS AIRES AÑO 2015

COPING WAYS IN ONCOLOGICAL PATIENTS WITH INTESTINAL OSTOMY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD. GASTROENTEROLOGY HOSPITAL, BUENOS AIRES, 2015

Carlos Martín ROMERO, Mg. Dora del Carmen BERTA***

**Lic. en Enfermería, **Lic. en Enfermería, Directora de Tesis*

Contacto: Lic. Carlos Martín ROMERO E-Mail: magenta_22@hotmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: conocer los modos de afrontamiento presentes en los pacientes oncológicos con ostomías intestinales durante el postoperatorio mediato en el Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Bonorino Udaondo de C.A.B.A., año 2015.

METODOLOGIA: estudio cualitativo descriptivo tipo Coping. Se entrevistaron a 15 pacientes colostomizados que aceptaron formar parte de la muestra. La técnica que se implementó para la recolección de los datos fue la entrevista en profundidad. Los hallazgos fueron clasificados en dos ejes temáticos: Coping centrado en el problema y Coping centrado en la emoción.

RESULTADOS: la muestra de los sujetos en estudio estuvo compuesta por 15 pacientes, de los cuales 9 eran mujeres y 6 hombres. Del total de las cirugías practicadas, 8 fueron realizadas en forma programada y 7 de urgencia. El tipo de permanencia de la ostomía fueron 8 definitivas y 7 transitorias. Se detectaron 6 pacientes con Cáncer de Colon, 6 con Cáncer de Recto y 3 con patología neoplásica colorrectal.

CONCLUSIONES: algunos pacientes les permitió recuperar vínculos afectivos que creían perdidos a pesar de las adversidades.

PALABRAS CLAVES: *Ostomía, Afrontamiento, Cáncer.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: to know the coping ways used in oncological patients with intestinal ostomies during the non-immediate postoperative at the General Surgery Service, Hospital Dr. Bonorino Udaondo, C.A.B.A., 2015.

METHODOLOGY: descriptive qualitative study of coping type. 15 colostomized patients were interviewed, having previously agreed to be part of the sample. In-depth interview was the technique used for data collection. The findings were classified into two research topics: Coping focused on the problem and Coping focused on emotions.

RESULTS: the sample of the participants under study consisted of 15 patients, 9 of them were women and 6 of them were men. Among the total surgeries done, 8 of them were scheduled and 7 of them were an emergency. As to the type of permanence in ostomy, 8 were permanent and 7 temporary. Six patients with Colon Cancer, six with Rectal Cancer and three with colorectal neoplastic pathology were detected.

CONCLUSIONS: some patients were allowed to recover affective bonds that they believed lost despite adversity.

KEY WORDS: *Ostomy, Coping, Cancer.*



INTRODUCCIÓN

Los cambios en la apariencia física que con frecuencia suceden a consecuencia de una enfermedad o cirugía, alteran el esquema corporal mental e inciden notablemente en los modos de afrontamiento individual.

En el caso de los pacientes ostomizados es tan particular el abordaje de enfermería que se va ajustando a medida que van surgiendo las necesidades y demandas de atención.

Enfermería, conjuntamente a los demás miembros del equipo de atención, deben acompañar al paciente durante todo este proceso, con el propósito de identificar sus demandas y recursos subjetivos, a fin de posibilitar una mejor adaptación a la nueva realidad vital.

El cuidado de Enfermería conjuga el “*saber-hacer*” propio de la disciplina con las herramientas, habilidades y destrezas utilizadas en cada una de las intervenciones, es un trabajo que implica agudizar los sentidos, apelando a la escucha activa, la atención a los detalles, el soporte verbal y la contención emocional del paciente en cada una de las etapas que debe transcurrir desde la internación hasta el alta.

La ostomía, “*es la técnica quirúrgica que posibilita una apertura artificial de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, su propósito es desviar el tránsito intestinal (heces) a un dispositivo externo (bolsa de ostomía), su etiología es multicausal*” (Lazarus y Folkman, 1984, pp 170-175).

Mediante este procedimiento se provoca una modificación anatómica artificial a nivel del recorrido intestinal que afecta aspectos vitales del Sujeto, como autoestima, autopercepción, autoconcepto y autocuidado.

Estos cambios se ponen de manifiesto especialmente en la alteración de la eliminación intestinal normal, variación de los hábitos alimenticios, sueño, descanso, higiene, cuidados de la piel, trastornos en la imagen corporal, sexualidad y actividades físicas, entre otras.

Además aparecen dificultades en la: integración, rehabilitación, vinculación interpersonal, reinserción laboral que vulnera el normal desenvolvimiento del rol personal, profesional, intrafamiliar y social, llegando en algunos casos a la autosegregación y estigmatización social por desconocimiento y desinformación.

Este trabajo de investigación pretende analizar a través del Coping los distintos modos de afrontamiento presente

tes en los pacientes con ostomías intestinales durante el postoperatorio mediato en una institución pública. El Coping, es un término que deriva del inglés y significa hacer frente, afrontar, luchar frente a algo conocido o desconocido, se denomina así también “*al conjunto de procesos que un individuo interpone entre él y el acontecimiento percibido, considerado como amenaza, con el objetivo de dominar, tolerar o disminuir el impacto de éste sobre su bienestar físico y psicológico*”. (Lazarus R.S., Launier S. (1978) pp 287-327).

La relevancia del estudio radica en el abordaje holístico de las necesidades del paciente ostomizado a partir del conocimiento y aproximación a las vivencias en el trabajo de readaptación corporal y subjetiva, evaluando el tipo de respuesta adaptativa y el modo de resolución de problemas presentes en la internación y al momento de la externación.

La comunicación empática que desarrolla el enfermero en su vínculo terapéutico con el paciente trasciende el mero cuidado del cuerpo físico y posibilita la apertura al conocimiento de otras dimensiones del sujeto de cuidado durante el proceso de recuperación postquirúrgica.

El saber llegar a la intimidad del paciente involucra un trabajo artesanal diario y mutuo, en el cual la confianza y el acompañamiento refuerzan y sostienen la búsqueda continua de habilidades y recursos subjetivos para enfrentar la nueva realidad vital.

OBJETIVOS

Objetivo General: conocer los modos de afrontamiento presentes en los pacientes oncológicos con ostomías intestinales durante el postoperatorio mediato de los Servicios de Cirugía del Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo durante el último trimestre del Año 2015.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente a los pacientes colostomizados según edad, sexo, tiempo de internación y situación laboral.
- Describir las manifestaciones y percepciones presentes en los pacientes colostomizados durante el postoperatorio mediato.
- Analizar los distintos modos de afrontamiento presentes en los pacientes según el mecanismo de respuesta adaptativa.





MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente estudio se optó por un estudio cualitativo descriptivo dirigido a conocer los modos de afrontamientos presentes en los pacientes con ostomías intestinales durante el postoperatorio mediato, en el Hospital Municipal de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el último trimestre del año 2015.

El trabajo se centró en la búsqueda del sentido interpretativo de las vivencias y representaciones de los pacientes oncológicos colostomizados durante el proceso postquirúrgico mediato, valiéndose del Coping para tener una visión más abarcativa del fenómeno que indaga, analiza y describe los diferentes modos de afrontamiento como propuesta crítica dentro de la práctica de enfermería.

Se pretendió hacer una lectura válida de los procesos de significación apuntando al carácter reflexivo como nexos fundamentales entre la teoría y la praxis cotidiana, reconociendo en el lenguaje verbal a una fuente invaluable de expresión del paciente en el mismo contexto de su producción.

Este tipo de enfoque reflexivo permitió tomar contacto con la subjetividad de cada paciente en el contexto hospitalario mediante el análisis descriptivo de la verbalización, representación y significación del contenido discursivo de la entrevista.

El ámbito donde se llevaron a cabo las entrevistas fueron la Sala de Hombres y la Sala de Mujeres, Pabellón B de la citada institución.

Allí se informó al personal de enfermería acerca de la modalidad de la realización del estudio y se identificaron los participantes según los criterios de selección, respetando el estado clínico y anímico del paciente. Posteriormente se procedió a entrevistar a los 15 pacientes que aceptaron formar parte de la muestra hasta la saturación de los datos obtenidos. El instrumento estuvo compuesto por un cuestionario de 16 preguntas orientadoras abiertas que se efectuaron en forma personal, codificando con un número a cada unidad de análisis. Para la identificación de los casos entrevistados se utilizó la modalidad nombre de Pila. La técnica que se aplicó para la recolección de los datos fue la entrevista en profundidad, empleándose como guía un cuestionario sobre la base del afrontamiento en el cambio corporal del paciente ostomizado durante el postoperatorio mediato teniendo en consideración los modos de respuesta.

Las mismas se llevaron a cabo bajo consentimiento informado por parte de la unidad de análisis, grabadas en audio y posteriormente transcritas en su totalidad en el Diario de Entrevistas a los fines de ser lo más fiel posible a las expresiones verbales de los entrevistados.

El tiempo estimado de cada entrevista tuvo una duración promedio de 20 a 30 minutos requiriéndose en algunos casos agregar dos encuentros adicionales para finalizar el cuestionario.

Los datos obtenidos por medio de las entrevistas fueron analizados según la propuesta por contenido.

La entrevista en profundidad tiene como finalidad aproximarse al contexto del informante en el ámbito cotidiano respetando su propio lenguaje, idiosincrasia, creencias y costumbres. Es un método de recolección de datos dirigido a la comprensión de las representaciones que tienen los entrevistados respecto de sus experiencias vitales ante un fenómeno determinado.

El instrumento consistió en una guía de entrevista conformada por dos partes; la primera con preguntas diseñadas para realizar la caracterización sociodemográfica (edad, sexo, tiempo de internación y diagnóstico médico). y la segunda con preguntas abiertas que respondieron a los ejes temáticos de la investigación. El Coping centrado en el problema y en segundo lugar el Coping centrado en las emociones.

Las preguntas orientadoras aportaron información sobre: causas de la ostomía, manejo de la información pre y postquirúrgica, contacto inicial con la ostomía, percepción del estado de salud actual, dificultades y obstáculos en el manejo de la ostomía, cambios molestos percibidos, dudas en el autocuidado, limitaciones en las actividades cotidianas, modificación de hábitos de vida diaria, cambios en la imagen personal, emociones provocadas en el entorno, dificultades y limitaciones en el vínculo interpersonal, aspectos vitales más afectados y soportes vitales que mejoran la calidad de vida del paciente.

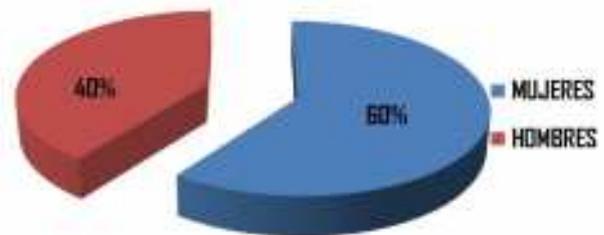
Por último, la variable de estudio independiente estuvo dada por los modos de afrontamiento presentes en los pacientes oncológicos colostomizados durante el postoperatorio mediato. Mientras que las variables dependientes, por el tiempo de permanencia de la ostomía y el nivel de aceptación de la misma.



RESULTADOS

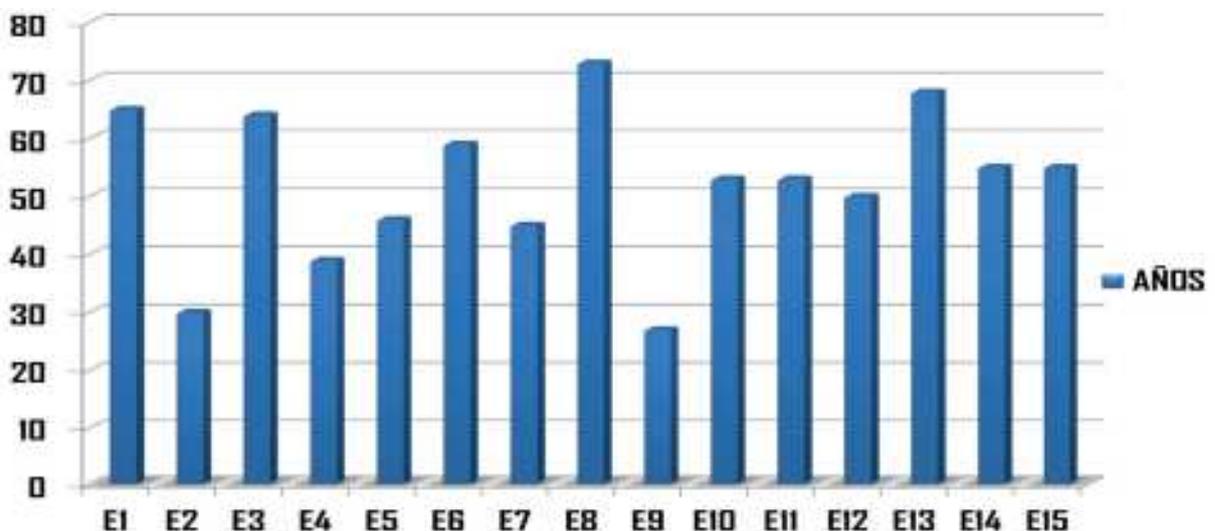
De la información recabada en el Servicio de Cirugía del Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, la muestra de los sujetos en estudio incluyó 15 pacientes, de los cuales 9 eran mujeres y 6 hombres. Se evidenció que el 60% de los consultados representaban al género femenino abarcando un rango etario de 27 a 73 años, mientras el género masculino (40%) entre 50 y 68 años de edad.

GRÁFICO Nº 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS SEGÚN GÉNERO INTERNADOS EN EL HOSPITAL UDAONDO, ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2015.



FUENTE: elaboración propia

GRÁFICO Nº 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS SEGÚN EDAD, HOSPITAL UDAONDO, ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2015.



E1: paciente; E2: paciente; etc.

FUENTE: elaboración propia

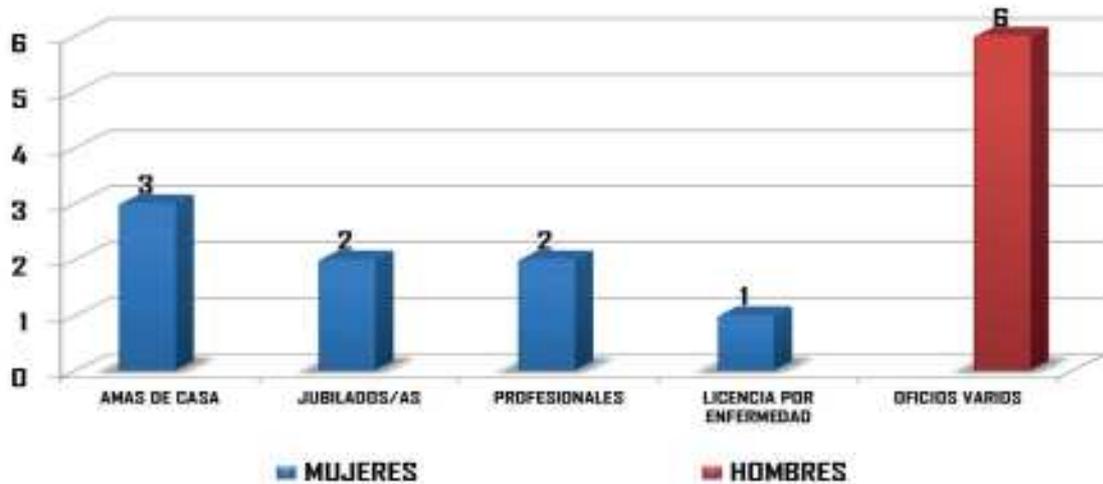
Con respecto a la situación laboral de los entrevistados, entre las mujeres se encontraron 3 amas de casa, 2 jubiladas, 2 profesionales, 1 autónoma, y 1 con licencia por enfermedad. Mientras que en los hombres se identificaron a 6 empleados con oficios varios. En relación al nivel educativo se destacaron 1 con formación primaria incompleta, 6 con estudios primarios completos, 3 con estudios secundarios incompletos, 4 con estudios secundarios completos y 1 con estudios terciarios.

Por último con respecto al lugar de procedencia del total de los participantes del estudio, 12 son de nacionalidad argentina y 3 extranjeros. Como así también se advierte una participación mayor de pacientes del conurbano bo

naerense con un número de 8, en segundo lugar los provenientes de Provincia de Buenos Aires con 5 y por último los oriundos de CABA e Interior del país con 2 personas. Del total de las cirugías practicadas 8 fueron realizadas en forma programada y 7 de urgencia. En cuanto al tipo de permanencia de la ostomía fueron 8 definitivas y 7 transitorias. Del 80% de los casos consultados, la mayoría de los consultados sabía que su ostomía era permanente o transitoria, y el restante 20% dudaba o respondía "no saber". En relación al diagnóstico médico se detectaron 6 pacientes con Cáncer de Colon, 6 con Cáncer de Recto y 3 con patología neoplásica colorrectal. El tiempo promedio de internación del total de la muestra fue de 6.68 días.

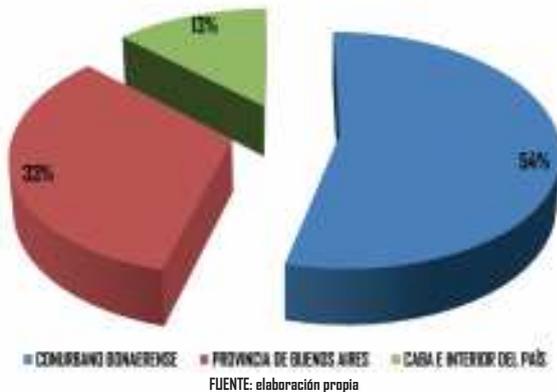


GRÁFICO Nº 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS SEGÚN GÉNERO Y SITUACIÓN LABORAL, HOSPITAL UDAONDO, ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2015.



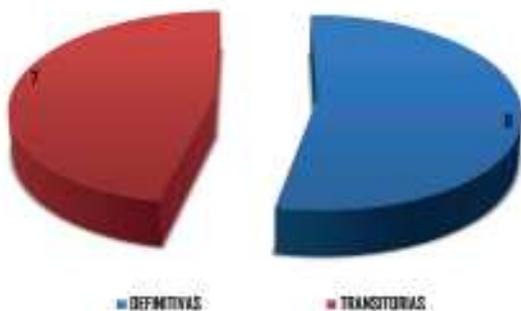
FUENTE: elaboración propia

GRÁFICO Nº 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, HOSPITAL UDAONDO, ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2015.



FUENTE: elaboración propia

GRÁFICO Nº 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS SEGÚN EL TIPO DE PERMANENCIA DE LA OSTOMÍA, HOSPITAL UDAONDO, ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2015.



FUENTE: elaboración propia

Coping centrado en el problema

Entre las categorías principales se identifican:

- Percepciones y representaciones acerca del impacto de la ostomía en su vida personal, sexual, familiar, laboral y social.
- Significado y vivencia de su nueva realidad corporal.
- Sub-categorías: a-Manejo de la información y comunicación adecuada, b-El contacto inicial como punto de partida para un afrontamiento efectivo, c-Alteración de la imagen corporal, d-Dificultad en el autocuidado y dependencia.

Coping centrado en la emoción

La principal categoría que se identifica es:

- Actitudes y sentimientos que desencadena la presencia de la ostomía en el organismo
- Sub-categorías: a- La pérdida del rol o función dentro de la dinámica familiar y social. b- La revalorización de los vínculos interpersonales. c- El sistema de creencias y fe como factores protectores. d- La revalorización de la salud como atributo vital.

CONCLUSIONES

- El cáncer como toda enfermedad amenazante para la vida constituye una oportunidad para repensar y reelaborar la condición humana a partir de un evento traumático.
- La ostomía representa una marca, un antes y un después, un camino de retroproyección y proyección a partir del cual la propia experiencia es vivida con incertidumbre, miedo, sufrimiento y dolor.





• Este trabajo de investigación posibilitó recorrer un entramado de vivencias, percepciones, sensaciones y emociones teniendo en cuenta los dichos de los pacientes entrevistados con la finalidad de conocer sus mecanismos adaptativos. El aporte del Coping en Enfermería como estrategia de identificación de los modos de afrontamiento genera una nueva práctica reflexiva de la disciplina artículo

• La colostomía como tal ocasiona una incapacidad funcional derivada de la pérdida de la actividad intestinal normal y modificaciones en la imagen corporal por la no aceptación de la misma.

• Se suceden muchos frentes de abordaje entre ellos la disminución de la autoestima y el autoconcepto; conflictos con la sexualidad; depresión, ansiedad, aislamiento e inhibición social, conflictos familiares ya que las familias oscilan entre la sobreprotección y el aislamiento.

Entre los tópicos a destacar del análisis de los dichos surgieron:

• El manejo de la información diagnóstica y la forma adecuada de la comunicación de la cirugía por parte del equipo tratante juega un papel clave, ya que se ha observado que los pacientes con cirugía programada tienen un dominio relativo de la situación, en tanto en aquellos en los que la comunicación fue deficiente o careció de la información Suficiente les generaba mayor incertidumbre y miedo. Por último en los pacientes intervenidos de urgencia el manejo de la información fue claramente deficiente dada la prisa.

• En relación a la cuestión de la permanencia de la ostomía, el 80% de los casos consultados, la mayoría sabía que su ostomía era permanente o transitoria, el restante 20% tenía la idea que era algo transitorio o dudaba o respondía no saber.

• El contacto inicial como punto de partida para un afrontamiento efectivo. Se percibió en algunos de los entrevistados la evitación como mecanismo de respuesta inicial en las primeras intervenciones de cuidado. En algunos pacientes se recurrió al cuidador principal hasta tanto el paciente podía hacer uso de sus propios recursos subjetivos. La empatía y la oportunidad fueron los factores tenidos en cuenta para propiciar cada abordaje.

• Dificultad en el autocuidado y dependencia: Se identificaron muchas dificultades en relación al autocuidado especialmente en cuanto al manejo de la bolsa de ostomía y cuidado de la piel periestomal. Algunos refirieron sentir un gran discomfort por los gases, ruidos, olores, derrames y pérdidas de la ostomía. Otros pacientes preferían que

se les explicara el manejo de la ostomía a los cuidadores hasta tanto ellos mismos podían realizarse por sí mismos los cambios de los dispositivos.

• Se destacó como un factor modulador del estrés la importancia de contar con un referente ostomizado que les pudiera transmitir su propia experiencia acerca del trauma.

• Alivio del dolor: Luego del procedimiento quirúrgico, en la mayoría de los entrevistados se comprobó una mejor evolución clínica acompañada por disminución en la intensidad del dolor en relación al dolor previo a la cirugía. La valoración adecuada del dolor y la administración de analgésicos acorde a la escalera analgésica posibilitan una mejor recuperación postquirúrgica del paciente.

• Alteración de la Imagen corporal: Los cambios en la apariencia personal condiciona el hecho de verse saludables, evitan mirarse y ser mirados, el hecho de estar “pendientes” de la visibilidad de la colostomía los limita, la estética en las mujeres impacta con más fuerza. La vestimenta para los entrevistados debería ser cómoda y holgada para camuflar la enfermedad. Por último la mayoría de los casos entrevistados buscan bolsas y dispositivos que les den más control, confort y seguridad.

• Alteración del ejercicio normal de la sexualidad: entre las mujeres algunas expresan cierta inhibición y pérdida de la libido sexual, la evitación al contacto físico es un denominador común en muchas de las entrevistadas, otras en cambio canalizan el deseo en el acompañamiento de la pareja. En los hombres es más puntual, ellos tienen dudas con respecto a la erección normal si se ve alterada o no, y señalan que la pareja es la que debe adaptarse al cambio físico. El mejoramiento del diálogo en la pareja es clave en el restablecimiento de una sexualidad plena.

• Pérdida del Rol: debido a la internación y la cirugía, la recuperación es lenta y progresiva, mientras tanto la dinámica familiar, laboral y social se ven alteradas. En el plano laboral, los hombres se ven impedidos por la contraindicación de utilizar la fuerza física dado el riesgo que implica en su salud y tratan de delegar en sus hijos los roles perdidos, también piensan como readaptarse a la sociedad. En la mujer es más sobrellevada, buscan crear otras alternativas dentro de su dinámica laboral y doméstica, el delegar funciones en el entorno es su mayor punto de preocupación. En ambos casos el hecho de dejar de ser independientes y empezar a necesitar del Otro los contacta con la pérdida de su autonomía funcional.

• Revalorización de los vínculos interpersonales.





La enfermedad los coloca en una posición de vulnerabilidad y dependencia, es allí donde muchas veces afloran sentimientos de distanciamiento y aislamiento progresivo de familiares por claudicación y desgaste de la capacidad cuidadora de la red primaria. Algunos pacientes aseguran que el atravesar por esta situación les permitió reconocer a aquellos que permanecen a pesar de las adversidades y recuperar vínculos afectivos que creían perdidos.

- **Sistemas de creencias y fe como factores protectores:** La satisfacción de las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes consultados les brindó un renovado optimismo, consuelo y esperanza. Por lo general procesan esta etapa como una instancia de crecimiento personal interior.

- **Revalorización de la salud como atributo vital.** Los pacientes con cáncer desarrollan un potencial de resiliencia admirable en la mayoría de los casos, el convivir con la enfermedad sin dolor los alivia a pesar de las marcas que va dejando la enfermedad. El cuerpo es el campo de batallas donde deben enfrentar a un enemigo cruel y despiadado. El miedo a la muerte es una vivencia intrínseca de cada enfermo día a día. Todos hacen hincapié en el rechazo del sufrimiento, ven al dolor como a un viejo conocido que no quieren volver a enfrentar. Algunos se culpan por haber descuidado su salud o el haber llegado al diagnóstico médico de una manera tardía. Muchos reconocen que antes le prestaban más atención al trabajo que a su salud.

- Finalmente en los casos que requerían de mayor complejidad para el abordaje psicológico se solicitó interconsulta al Equipo de Salud Mental para seguimiento ambulatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Breckman B.** Enfermería del estoma. Interamericana, España. 1987; 221-230.
2. **Brito R J,** et al Impacto de la ostomía en paciente y su entorno. Revista Chilena de Cirugía. 2004; 56 (1). 31-34. (consulta 30/11/2014) Disponible en [https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.\(07\).AV.pdf](https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.(07).AV.pdf)
3. **Campos Barnabe N, Queiroz Dell 'Acqua MC** Estrategias de enfrentamiento en personas ostomizadas. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2008; 712-719. (consulta el 30 /08/ 2015)
4. Disponible en https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_10.pdf
5. **Canaval, Gladys Eugenia; Londoño, María Esperanza; Milena Herrera, Ana.** Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las Casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>
6. **Gómez del Río N.** "Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado". ENE Revista de Enfermería; 2013. Dic. 7(3. (consulta 11/02/2015) Disponible en
7. http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/279/pdf_18
8. **Burch J.** "Problemas psicológicos y estomas: Guía para las enfermeras comunitarias," British Journal de Enfermería Comunitaria, 2005, 10(5) 224-227.

9. **Knapp Mark L** La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Ed. Paidós Ibérica. España. 1995.

10. **Lazarus R.S., Launier S.** Stress related transaction between person and the environment in Dervin LA. Lewis M. Perspectives in international psychology. Plenum. New York. 1978; 287-327.

11. **Lazarus R.S., Folkman S.** Stress, Appraisal and Coping. Springer Publishing. New York. 1984; 170-175.

12. **Martín Muñoz et al.** Estudio fenomenológico sobre el afrontamiento del cambio corporal del paciente ostomizado durante el postoperatorio mediato. (Consulta el 26/08/14)

13. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0324.pdf>

14. **Marriner, A.** Modelos y teorías en enfermería. (3ª ed.,). España: Mosby. 1994. 175-186.

15. **Marqués P, Marrel A, Jambon B.** Quality of live in patients with stomas: the Montreaux study. ANZ J Surgery 2003; 48-55.

16. **Miller, S.M., Mangan, C.E.** Interesting effects of information and coping style in adapting to stress: should a doctor tell all? Journal of Personality and Social Psychology, 1983; 45 .223-236.

17. **Rinaldi, G.** Prevención Psicosomática del Paciente Quirúrgico. Ed. Paidós. Argentina. 2001.

18. **Silva A, Shimizu HE.** El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2006. 483-490.

19. **Vieira Cascais F, Martin J, Dos Santos Almeida PJ.** El impacto de la ostomía en el proceso de la vida humana. Contexto de Enfermería. 2007; 163-7.

20. **Zabalegui Yarnoz A,** et al. Análisis Empírico del concepto de afrontamiento. Enfermería Clínica. Elsevier. 2002,12(1),29-38. (Consulta 12 /08/2014)

21. Disponible en: www.elsevier.es > revista > pRevista = pdf = simp Análisis empírico del concepto de afrontamiento - Elsevier

22. **César Hueso-Montoro Candela et al.** Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos revista latinoamericana de enfermería. (consulta en 30/09/2014). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02840.pdf



HOW TO CITE

ROMERO C.M y BERTA D.C "Coping ways of intestinal ostomy in the postoperative period of oncological patients at the Gastroenterology Hospital, Buenos Aires, Capital Federal, 2015", at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol. 2, No. 13, (42-49).



COMO CITAR

ROMERO C.M y BERTA D.C "Modos de Afrontamiento en Pacientes Oncológicos con Ostomía intestinal en el Postoperatorio Hospital de Gastroenterología, Buenos Aires, 2015" en *REVI. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol. 2 N° 13(42-49).

Carlos Martín Romero

<p>Licenciado en Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Salta (2015)</p> <p>Becario (UMSA) Residencia Básica Interdisciplinaria en Psiquiatría y Salud Mental, RISAH</p> <p>Residencia Postbásica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos (Udaondo-Terza) CABA</p>	<p>Especialización en Cuidados Paliativos Paliare Universidad del Salvador</p> <p>Miembro del Equipo docente Palliare Latinoamérica</p> <p>Ferrocarril SECPAL- ICEB, Sociedad Española de Cuidados Paliativos</p> <p>Liderazgo en Enfermería en AMIS Instituto Holístico y Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud</p>	<p>School of Nursing and Health Studies Universidad de Miami (EE.UU.)</p> <p>Acreditación Internacional de competencias en Adultos Mayores en Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional Sur de las Américas (O.M.S)</p> <p>Asesor de Grupo de pacientes ostomizados Latinoamericana en Facebook</p>
---	--	--

El Artículo Actualiza

El presente artículo revaloriza el aporte del Coping en Enfermería como estrategia de identificación de los diferentes modos de afrontamiento en pacientes colostomizados teniendo en cuenta sus manifestaciones y representaciones subjetivas durante el proceso de readaptación mental a su nueva realidad corporal.

La cirugía deja una huella imborrable, un vacío en busca de una explicación lógica, una búsqueda interior ante la mirada propia y del Otro.

Carlos Martín ROMERO
indaga sobre

¿Cuál es el impacto emocional que puede presentar el paciente en su primera visita al Servicio de Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para el comienzo de su tratamiento quimioterápico durante los meses de mayo a Julio del año 2015?

KEYWORDS

Oncological Patient,
Emotional Impact,
Chemotherapy

PALABRAS CLAVES

Paciente oncológico,
Impacto Emocional,
Quimioterapia





NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL AÑO 2016

LEVEL OF SATISFACTION OF THE PEDIATRIC PATIENT EMERGENCY DEPARTMENT MATERNO INFANTIL PUBLIC HOSPITAL, SALTA, 2016

Amparo Alejandra CHOQUE RIVERA*, Estela M. RÍOS**

*Lic. en Enfermería, **Lic. En Enfermería, Director de Tesis

Contacto: Lic. Amparo Alejandra CHOQUE RIVERA E-Mail: alejandrakng@hotmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: conocer el Nivel de Satisfacción de los pacientes de 11 a 14 años que asisten al Servicio de Observación de Emergencia Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil durante los meses Noviembre – Diciembre de 2016 en la Ciudad de Salta

METODOLOGIA: estudio descriptivo de corte transversal. Población compuesta por 60 pacientes pediátricos de entre 11 a 14 años. Datos primarios recogidos a través de cuestionario estructurado y modificado con tres opciones de respuesta por cada variable.

RESULTADOS: según cada categoría de estudio aquellas que denotaron conformidad fueron Hace Seguimiento con 73%. Se anticipa con 58% y Conforta con 55%. Por lo contrario las categorías en donde predominaron las respuestas significando inconformidad fueron Mantiene Relación de Confianza con 67% y Explica y Facilita con 57% de respuestas negativas.

CONCLUSIONES: se obtuvo un Nivel de Satisfacción Alto con el 68% de respuestas que reflejan conformidad con el abordaje y con los cuidados enfermeros

PALABRAS CLAVES: *Enfermería, Nivel de Satisfacción, Paciente Pediátrico, Emergencia Pediátrica.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: to know the level of satisfaction of patients aged 11 to 14 who attend the Observation Unit of the Pediatric Emergency Department at Materno Infantil Public Hospital in Salta city from November to December, 2016.

METHODOLOGY: descriptive cross-sectional research. The population consists of 60 pediatric patients aged 11 to 14. Primary data collected through structured questions which were then modified with three possible answers for each variable.

RESULTS: according to each study category, those categories showing approval were reported as follows: do a follow up (73%); anticipate (58%) and reassure (55%). On the contrary, those categories in which disapproval responses prevailed were reported as follows: maintain a relationship of trust (67%) and explain and facilitate (57%) of negative responses.

CONCLUSIONS: a high satisfaction level was obtained with 68% of responses showing approval of the approach and nurse care at the unit, compared to the 19% of negative responses.

KEY WORDS: *Nursing, Satisfaction Level, Pediatric Patient, Pediatric Emergency.*



INTRODUCCIÓN

El término “Satisfacción”, procede del latín satisfacer, satis significa bastante y “facere” hacer, es considerado de importancia desde 1960 cuando los empresarios se percataron de las quejas de los usuarios, de allí que se utilice la satisfacción para la evaluación del proceso asistencial como indicador de calidad ⁽¹⁾. Medir la satisfacción del usuario, en relación al cuidado que reciben del profesional de Enfermería, se ha convertido en un medio de valoración de los servicios de salud, es por ello que debe ser válida y confiable.

En la satisfacción del paciente durante la hospitalización influyen múltiples factores desde las estructuras físicas de los servicios, salas de espera, el capital humano, que trabaja en esas instituciones, tiempos de espera, posibilidades de solución de diferentes problemáticas de salud, comunicación de todo el personal con los pacientes y particularmente el cuidado de Enfermería ya que es el profesional que está en contacto permanente con el paciente ⁽²⁾; a su vez se deben considerar factores correspondientes al servicio de emergencia pediátrica, situación en que el niño se encuentra en vulnerabilidad afectiva y vital requiriendo un tratamiento inmediato, habilidades interpersonales para abordar al niño y su familia ⁽³⁾, como así también la idoneidad en las intervenciones.

La presente investigación pretende determinar el nivel de satisfacción de los niños relativos a los comportamientos de los enfermeros en los siguientes aspectos; explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y hace seguimiento, en relación a la calidad del cuidado brindado por el personal de Enfermería en el servicio de emergencias del Hospital Público Materno Infantil de Salta Argentina en el año 2016, que permitirá resignificar y potenciar la calidad del cuidado que brinda el personal de Enfermería en Emergencia Pediátrica.

OBJETIVOS

Objetivo general: conocer el Nivel de Satisfacción de los pacientes de 11 a 14 años que asisten al Servicio de Observación de Emergencia Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil durante los meses Noviembre – Diciembre de 2016 en la Ciudad de Salta

Objetivos específicos:

Caracterizar la población en estudio socio demográficamente según edad, sexo, causa de internación, lugar de residencia y cuidador durante su internación.

Determinar la satisfacción de los pacientes en términos de Explica y Facilita, Conforta, Se Anticipa, Mantiene Relación de Confianza y Hace Seguimiento durante su estancia de internación.

Describir las categorías del Nivel de Satisfacción según las variables Edad, Sexo, Cuidador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el logro de los objetivos se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal a 60 niños/as ingresados en el servicio de Emergencia Pediátrica en la sala de Observación del Hospital Público Materno Infantil de la ciudad de Salta durante los meses Noviembre–Diciembre del año 2016. Para la recolección de información se utilizó un cuestionario formado por datos socio demográfico como ser edad del niño, sexo, causa de internación, lugar de residencia y cuidador a cargo. La segunda parte la constituyó el cuestionario Care Q Caring Assessment Instrument ⁽⁴⁾, también denominada escala de satisfacción del cuidado, en el cual se mantienen las variables originales correspondientes pero se modificaron las preguntas a tres por cada variable a excepción de la última que se crearon dos reactivos.

- En la categoría *Explica y Facilita* se indagó sobre si la Enfermera explicaba los procedimientos previamente a realizarlos como así también facilitar el nexo de comunicación entre el niño y el sistema de salud.
- En *Conforta* se preguntó acerca de la percepción de amabilidad en el trato de parte del personal de Enfermería hacia el niño además de si se le fue proporcionado confort en su unidad.
- En la tercera categoría *Se Anticipa* también con tres ítems, se indagó si la enfermera se anticipaba a orientar al niño ante algún abordaje o procedimiento para disminuir su ansiedad
- Respecto a la cuarta categoría denominada *Mantiene Relación de Confianza* se contempló las preguntas dirigidas a identificar si a su ingreso la enfermera asignada a su cuidado tuvo un trato personalizado tanto con el como con su familia.
- En la última categoría *Hace Seguimiento* se consideró oportuno investigar si la enfermera estuvo pendiente de sus necesidades de salud.

Las frecuencias obtenidas por cada respuesta se contabilizaron traduciéndolos en frecuencias porcentuales aplicando métodos estadísticos descriptivos expresando los resultados en porcentaje.





RESULTADOS

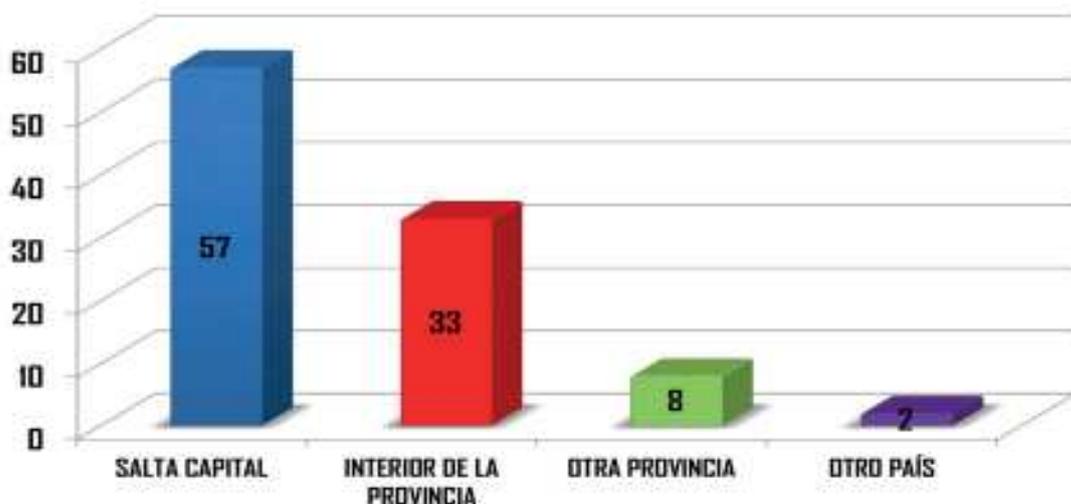
**TABLA Nº 1: PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL
NOVIEMBRE - DICIEMBRE SALTA 2016**

SEXO	EDAD								TOTAL	
	11		12		13		14			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	9	15	11	18	7	12	6	10	33	55
Femenino	6	10	7	12	7	11	7	12	27	45
TOTAL	15	25	18	30	14	23	13	22	60	100

FUENTE: elaboración propia

En la población infantil estudiada predominó el sexo masculino, siendo el grupo de 12 años donde se concentró la mayor frecuencia de niños que participaron del estudio. El 57% de los niños encuestados que requirieron asistencia

**GRÁFICO Nº 1: PACIENTES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL.
NOVIEMBRE - DICIEMBRE SALTA 2016**



FUENTE: elaboración propia

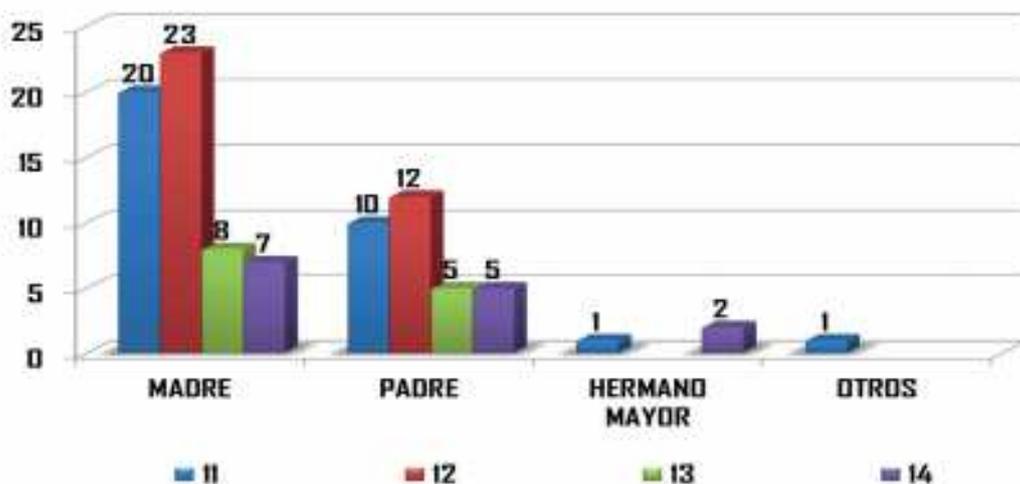
de emergencia residen en la ciudad, siendo los niños del interior, en términos de porcentaje, quienes siguen a la población en estudio (gráfico Nº1).

En el gráfico Nº 2 se representa a quienes acompañan al niño en su instancia de atención, predominando la madre como el cuidador que más se repite en las encuestas se





GRÁFICO Nº 2: PACIENTES SEGÚN EDADES Y CUIDADOR
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL
NOVIEMBRE - DICIEMBRE SALTA 2016

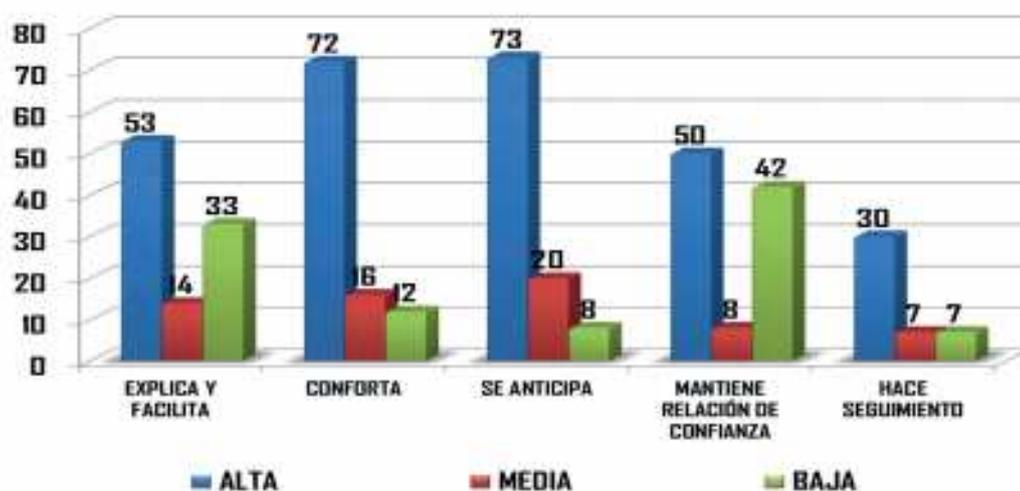


FUENTE: elaboración propia

guido de la figura paterna y en porcentajes poco representativos otros cuidadores.

En el Gráfico Nº 3 se visualizan las categorías de estudio relacionadas a *Nivel de Satisfacción*; según las interrogantes planteadas. De acuerdo a los resultados sobresalió

GRÁFICO Nº 3: NIVELES DE SATISFACCIÓN SEGÚN VARIABLES DE ESTUDIO
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL
NOVIEMBRE - DICIEMBRE SALTA 2016



FUENTE: elaboración propia

el Nivel Alto de Satisfacción en cada eje estudiado dominando la categoría *Hace Seguimiento* que hacía alusión a la continuidad de los cuidados para alcanzar el bienestar

en el paciente niño.





CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenidos de la investigación se pudo concluir que de los 60 niños estudiados predominó el sexo masculino con el 55% en las diferentes edades siendo mayoría el grupo etario de 12 años. De los niños estudiados el 57% de los niños provienen de Salta Capital, 33% son del interior de la provincia y en menor porcentaje de otra procedencia. El Cuidador con más frecuencia observada en las encuestas fue la madre con el 58% y en segundo lugar el padre como referente del cuidado con el 32% en todos los grupos de edad.

Las categorías con más significancia en respuestas que corresponden a la percepción positiva de satisfacción en la atención recibida fueron *Conforta, Se Anticipa y Hace Seguimiento* las cuales se remiten a la continuidad de cuidados, brindar confort y la puesta en conocimiento para el paciente de los procedimientos a realizarse como parte de las intervenciones destinadas a disminuir la ansiedad en el niño. Se obtuvo un Nivel de Satisfacción Alto con el 68% de respuestas que representan conformidad con el abordaje y con los cuidados enfermeros del servicio frente al 19% que tuvo respuestas negativas cuyas respuestas se correspondían con el temor a los procedimientos realizados y un 13% con satisfacción media en su atención. La mayor parte de los niños/as que expresaron satisfacción estuvo al cuidado de la madre por lo que se relacionó este último factor como indispensable por aportar un componente de seguridad durante la estancia hospitalaria del niño en el servicio de emergencias.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados del presente estudio a las autoridades del Comité de Docencia del Hospital Público Materno Infantil

Investigar otros interrogantes que no se hayan contemplado en el presente estudio.

Realizar investigaciones cualitativas para profundizar el estudio de la percepción en el niño

Fomentar investigaciones relacionadas a la interacción enfermera/o - paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Capetillo R. y cols.** (2000) Evaluación de la calidad del proceso de atención de enfermería del paciente hospitalizado. Rev. de ciencias médicas La Habana. Cuba

2. **Labra R. y cols.**, (2010) Servicio de Urgencias. Conceptos, organización y triage. En: Julián A, editor. Manual de protocolos y actuación en urgencias. España. Toledo p. 9-13

3. **Leal Quevedo, Francisco J.** (2004). Calidad y calidez en la atención pediátrica. Archivos argentinos de pediatría, 102(5), 390-393. Recuperado en 16 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext

t&pid=S0325-00752004000500011&Ing=es&tng=es

4. **Cárdenas L. y cols.** (2008) Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. Abril, 2008.





HOW TO CITE

CHOQUE RIVERA A.A y RÍOS E.M "Level of pediatric patients' satisfaction at the emergency department of Materno Infantil Public Hospital, Salta 2016" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol.2 No. 13, 2019, (50-55).

COMO CITAR

CHOQUE RIVERA A.A y RÍOS E.M "Nivel de satisfacción del paciente pediátrico servicio de Emergencia. Hospital Materno Infantil, Salta 2016" en *REV. DE LA FCS. (Arg)* 2019, Vol. 2 N° 13, (50-55).



Alejandra Amparo Choque Rivera

Licenciada en Enfermería
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Universidad Nacional de Salta
 (2017)

Especialización en Salud Pública
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Universidad Nacional de Salta
 (2019)

Actualización en
 Emergología Pediátrica
 y Neonatal
 Hospital Público Materno Infantil
 (2018)

Enfermera
 de
 Emergencias Pediátricas
 Hospital Público Materno Infantil
 Salta - Argentina

El Artículo Actualiza

La investigación busca la respuesta de pacientes de 11 a 14 años, en el Servicio de Observación de Emergencia Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil además de conocer demográficamente junto a la: edad, sexo, causa de internación, lugar de residencia y cuidador durante su internación.

Alejandra Amparo CHOQUE RIVERA
 indaga sobre

¿Cuál es el Nivel de satisfacción del paciente pediátrico servicio de Emergencia. Hospital Materno Infantil Salta 2016?

KEYWORDS

Nursing,
 Satisfaction Level,
 Pediatric Patient,
 Pediatric Emergency

PALABRAS CLAVES

Enfermería,
 Nivel de Satisfacción,
 Paciente Pediátrico,
 Emergencia Pediátrica





APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN VENOSO PERIFÉRICA EN EL SECTOR HOSPITALIZACIÓN ADULTOS DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL AÑO 2018

IMPLEMENTATION OF THE PERIPHERAL VENOUS CANNULATION PROTOCOL IN THE ADULTS HOSPITALIZATION AREA AT MATERNO INFANTIL PUBLIC HOSPITAL, 2018

Rosana Herminia Leonor, OCHOA *, Mónica Elizabeth, RAMOS**, Ernesto SANGUEDOLCCE***, Silvia Rocío ECHALAR****

*Lic. en Enfermería, **Lic. en Enfermería, ***Mg. En Enfermería, Director de Tesis, **** Lic. En nutrición, Especialista en Salud Pública

Contacto: Lic. Mónica Elizabeth RAMOS E-Mail: m22e10@hotmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: evaluar la aplicación de las recomendaciones del protocolo de canalización venosa periférica en los pacientes del sector hospitalización adultos del Hospital Público Materno Infantil, primer bimestre del año 2018, Salta Capital.

METODOLOGIA: la investigación fue observacional, de tipo descriptivo y corte transversal. La muestra quedó conformada por 300 pacientes del sector hospitalización adulto del HPMI a los que se le aplicaron las recomendaciones de CVP. La técnica empleada fue la observación, y el instrumento para la recolección de datos fue a través de una hoja cotejo, estructurada por dos apartados; el primero contiene datos socio-demográficos y el segundo apartado abordó a tres subgrupos de recomendaciones del protocolo de CVP, con un total de 14 recomendaciones.

RESULTADOS: el 99% de los pacientes hospitalizados durante el estudio, corresponde al sexo femenino, el grupo etáreo fue de 15 a 29 años con un 50% del total. El 69% de los pacientes internados de 1 a 3 días, fueron canalizados con catéter 20. El 98% de los pacientes les fijaron con técnica no estéril. El 57% de los pacientes se les aplicó las recomendaciones del protocolo de CVP, del tipo correcta, el 29% incorrecta y el 14% de los pacientes no pudo ser evaluado debido a que no cumplían con la característica requerida por la recomendación del protocolo de CVP.

CONCLUSIONES: las recomendaciones del protocolo de canalización venosa periférica aplicadas en los pacientes hospitalizados del HPMI, fueron de calidad media.

PALABRAS CLAVES: Recomendaciones, Protocolo y Canalización Venosa Periférica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to assess the recommendations of the peripheral venous cannulation protocol in patients at the adults hospitalization area of the Materno Infantil Public Hospital, first bimester of 2018, Salta, capital city.

METHODOLOGY: observational, descriptive cross-sectional research. The sample consisted of 300 patients at the adults hospitalization area of the Materno Infantil Public Hospital to whom PVC recommendations were implemented. The technique used was observation, and the data collection instrument used was a check sheet divided into two sections; the first one with socio-demographic data and the second one with three sub-groups of recommendations of the PVC protocol, with a total of 14 recommendations.

RESULTS: 99% of patients hospitalized during the study are of female sex, the age group was 15 to 29 years old, which represents the 50% of the total population. A catheter 20 was inserted for cannulation in the 69% of patients hospitalized from 1 to 3 days. The catheter was inserted using a non-sterile technique in the 98% of patients. Correct-type recommendations of the PVC protocol were implemented in the 57% of patients and the incorrect-type ones were implemented in the 29% of patients. 14% of patients could not be assessed because they did not comply with the characteristic required by the recommendation of the PVC protocol.

CONCLUSION: the recommendations of the peripheral venous cannulation protocol implemented in hospitalized patients of the Materno Infantil Public Hospital were of medium quality.

KEY WORDS: Recommendations, Protocol and Peripheral Venous Cannulation.



INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente debe ser incorporada en todos los procesos de atención sanitaria, en particular aquellos que implican un potencial riesgo de infección al torrente sanguíneo, a través de la terapia intravenosa. Este procedimiento requiere de la canalización venosa periférica (CVP)

Para desarrollar esta técnica, se precisa de un protocolo que *“oriente el accionar y/o actuación de un procedimiento o situaciones concretas”* ⁽¹⁾

El Hospital Público Materno infantil (HPMI) ha homogenizado el accionar de enfermería definiendo un protocolo de CVP, en pacientes adultos, que consta de tres secciones: preparación de pacientes, técnica propiamente dicha, y recomendaciones ⁽²⁾.

El presente estudio evaluará, la aplicación de las recomendaciones del protocolo CVP en pacientes, del sector hospitalización adulto del HPMI.

OBJETIVOS

Objetivo general: fue evaluar la aplicación de las recomendaciones del protocolo de canalización venosa periférica en los pacientes del sector hospitalización adultos del Hospital Publico Materno Infantil, primer bimestre del año 2018, Salta Capital.

Objetivos específicos: caracterizar los pacientes internados en el sector hospitalización del Hospital Publico Materno Infantil, según edad, sexo y días de internación. Identificar las aplicaciones de las recomendaciones con respecto a la elección del sitio de punción, de la elección del catéter y del procedimiento de canalización venosa periférica según protocolo de Hospital Público Materno Infantil, en los pacientes internados del sector hospitalización adulto.

Determinar los días de internación del paciente con la recomendación de la elección de catéter.

Describir las recomendaciones de Canalización Venosa Periférica según el tipo de aplicación.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación fue observacional, de tipo descriptivo y corte transversal. La técnica empleada fue la observación, y el instrumento para la recolección

de datos fue a través de una hoja cotejo, la misma fue denominada: Planilla de observación de las recomendaciones de CVP. Estuvo estructurada por dos apartados; el primero contiene datos del paciente como edad, sexo y días de internación. El segundo apartado abordó a tres subgrupos de recomendaciones del protocolo de CVP, con un total de 14 recomendaciones, el primer subgrupo expresa las recomendaciones de la selección del sitio de punción, estuvo constituido por 9 recomendaciones, el segundo subgrupo trata sobre las recomendaciones con respecto a la elección del catéter y el último subgrupo a las recomendaciones del procedimiento de CVP, estuvo constituido por 4 recomendaciones. Todos estos subgrupos poseen respuestas politómicas (Si, No y No procede). La recomendación N°9 se evaluó teniendo en cuenta el tercio distal, medio y proximal del brazo. Se consideró como SI, a los tercios medios y distales.

La recomendación N°14 del tercer subgrupo, se consideró como respuesta SI, a la utilización de apósito transparente y/o tela adhesiva con gasa estéril para el sitio entre catéter y piel. La respuesta NO a la utilización de tela adhesiva sin gasa estéril.

En esta investigación cada recomendación del protocolo de CVP, fue considerada correcta cuando superó el 80 % en su aplicación.

Las recomendaciones de CVP, según su tipo de aplicación se la define como: correcta, incorrecta y no procede. Las recomendaciones correctas son:

- Recomendaciones N°1 (R1): No canalizar en un miembro con fístula arterio-venosa.
- Recomendaciones N°2(R2): No utilizar extremidades que presenten un déficit sensitivo.
- Recomendaciones N°3(R3): Evitar canalizar en un miembro edematizado.
- Recomendaciones N°4(R4): No canalizar en extremidades inferiores, salvo que no se disponga de otra alternativa.
- Recomendaciones N°5(R5): Evitar (si es posible) canalizar en zona de pliegues.
- Recomendaciones N°6 (R6): No canalizar en miembro superior del mismo lado de una mastectomía ó cuadrantectomía con vaciamiento axilar.
- Recomendaciones N°7 (R7): En pacientes psiquiátricos evitar canalizar en zonas de sujeción.
- Recomendaciones N°8 (R8): Al seleccionar la vena, preferir el brazo con menor destreza.
- Recomendaciones N°9(R9): Preferir el sitio más distal





del miembro superior.

-Recomendaciones N°10 (R10): Seleccionar el menor calibre que cumpla con el propósito del tratamiento. En líneas generales se sugiere:

Cal. N°22: venas pequeñas y adultos con venas muy finas

Cal. N°20: pacientes no quirúrgicos y oncológicos

Cal. N°18: pacientes diabéticos o quirúrgicos que requieran administración de sangre y/o hemoderivados

Cal. N°16 y 14: pacientes que necesiten la administración de Grandes volúmenes de fluidos.

-Recomendaciones N°11 (R11): Utilizar lazos hemostáticos en forma de cinta (1,5 cm.) porque los mismos detienen el flujo venoso, pero no el arterial.

-Recomendaciones N°12 (R12): No mantenerlo ajustado más de 2 minutos al lazo hemostático.

-Recomendaciones N°13(R13): Evitar mover de adelante hacia atrás el mandril dentro del catéter.

-Recomendaciones N°14(R14): Asegurar la fijación del catéter y el prolongador para minimizar el movimiento del catéter dentro de las paredes internas de la vena, y evitar que el mismo se mueva en el sitio de inserción.

Las recomendaciones incorrectas son consideradas aquellas que se realizaron en forma opuesta a lo que expresa las recomendaciones del protocolo de CVP.

Las recomendaciones no procede, son aquellas que no pudieron ser evaluadas debido a la carencia de alguna característica que requiere la recomendación.

Para valorar la aplicación de las recomendaciones correctas del protocolo de canalización venosa periférica, se estableció la siguiente clasificación nominal:

La mencionada clasificación surge de la atención de calidad en salud según la base de sus dimensiones: efectividad a través del conocimiento y la experiencia técnica

TABLA N° 1: CLASIFICACIÓN NOMINAL DEL PROTOCO DE CVP ESTABLECIDO PARA MEDIR RECOMENDACIONES PRIMER BIMESTRE. AÑO 2018. SALTA CAPITAL

CLASIFICACIÓN	RECOMENDACIONES CORRECTAS
Baja	1-5
Media	6-10
Alta	11-14

de los profesionales, oportunidad en la atención óptima seguridad para evitar lesiones adicionales o perjuicios colateral, eficiencia, equidad, y atención centrada en los pacientes⁽³⁾.

Los datos obtenidos fueron procesados, organizados y presentados a través de la técnica estadística descriptiva de cuadros simples, complejos y gráficos de barras y circulares para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Excel 2010, Programa estadístico Infostat 2012. A los efectos de visualizar la complejidad de los ítems del instrumento; se ejecutó la prueba piloto, durante un fin de semana, previo al estudio, en el servicio de Medicina interna adulto del sector hospitalización del HPMI, donde a posterior, se realizó los ajustes correspondientes.

RESULTADOS

El 99% de los pacientes hospitalizados durante el estudio, corresponde al sexo femenino, el grupo etáreo fue de 15 a 29 años con un 50% del total de observaciones y los días de internación oscilan de 1 a 3.

Con respecto a las recomendaciones de CVP de la elección de sitio de punción:

El 100% de los pacientes observados no presentaron característica con fístula arterio-venosa y con patología psiquiátrica.

En los pacientes observados, el 96%, no fueron canalizados en miembros edematizados, como así también el 100% de ellos no se les seleccionó un acceso venoso en los miembros inferiores.

El 100% de los pacientes fueron canalizados en extremidades con déficit sensitivo.

El 83% de los pacientes hospitalizados no fueron canalizados en zona de pliegue.

El 52 % de los pacientes se les realizó CVP, en el miembro de menor destreza. Mientras que en el 87% de los mismos, se les selecciono el sitio más distal de los miembros superiores para realizarle el procedimiento.

-En cuanto a las recomendaciones referidas a la elección del catéter:

El 85% de los pacientes hospitalizados fueron canalizados con el catéter que cumple el propósito del tratamiento. De los pacientes canalizados con catéter N° 22, el 68% no se les aplico la recomendación acerca de la selección de venas pequeñas y muy finas.

-Con respecto a las recomendaciones del procedimiento de CVP:

El 99 % de los pacientes con CVP, se le realizó el tornique-



te con otro tipo de lazo hemostático (guantes, lazo en forma de goma circular etc.).

El 87% de los pacientes con CVP, se le mantuvo el tiempo estipulado de hasta 2 minutos, para la ligación.

El 88 % de los pacientes con CVP, durante el procedimiento de CVP, no se les movió el mandril de adelante hacia atrás.

El 98% de los pacientes se les aseguro la fijación con técnica no estéril.

-El 69% de los pacientes internados de 1 a 3 días, fueron canalizados con catéter 20.

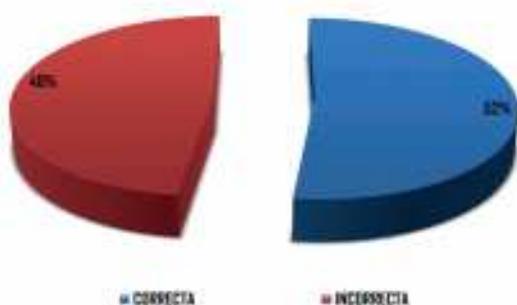
-Al 57 % de los pacientes se les aplicó las recomendaciones del protocolo de CVP, de tipo correcta.

-El 29 % se les aplicó las recomendaciones del protocolo de CVP, de tipo incorrecta.

-El 14% de los pacientes no pudo ser evaluado debido a que no cumplían con la característica requerida por la recomendación del protocolo de CVP.

El presente gráfico señala que del total de los pacientes hospitalizados con CVP, el 52%, al seleccionar la vena prefiere el brazo con menor destreza, recomendación del tipo correcta, mientras que 48 % del tipo incorrecta, por lo tanto se infiere que la recomendación R8 resulta incorrecta.

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE APLICACION RECOMENDACION (R8) AL SELECCIONAR LA VENA, PREFERIR EL BRAZO CON MENOR DESTREZA EN PACIENTES CON CVP DEL SECTOR HOSPITALIZACION ADULTOS. HPMI. PRIMER BIMESTRE. AÑO 2018. SALTA CAPITAL



FUENTE: elaboración propia

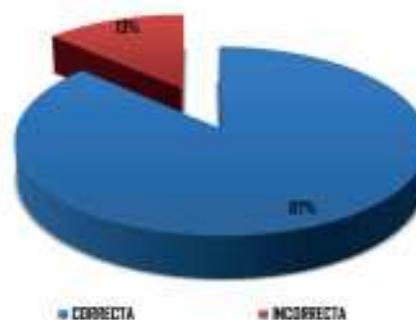
No obstante se considera que se deberá elaborar estrategias de acción a fines de aplicar correctamente esta recomendación y los beneficios para el paciente.

Este estudio no coincide con Pardo Leandro Pretal. (2006)⁽⁴⁾, en el cual se obtuvo que el 88% de los pacientes, se los canalizo en miembro no dominante, por lo tanto, ayudaría al paciente a recuperarse de manera más confortable,

fomentando su autonomía y la realización de actividades cotidianas durante su periodo de hospitalización. En este gráfico, teniendo en cuenta, la recomendación N° 9, se puede observar que el 87% de los pacientes fueron canalizados en el sitio más distal del miembro superior, de tipo correcta, mientras que el 13% de tipo incorrecta. Por lo tanto se concluye que la recomendación R9, resulto correcta.

Este estudio se aproxima con el de Bolaños, M, Cusme (2015)⁽⁵⁾, el cual refiere que el 60% de las enfermeras de un total de 25, elige primero las venas distales y luego las proximales, mientras el 40% de las enfermeras no lo realizan, se debe elegir en primera instancia las venas distales para preservar las venas proximales, y posibles cambios de sitio de venopunción, lo cual previene la flebitis.

GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE APLICACION RECOMENDACION (R9) PREFERIR EL SITIO MAS DISTAL DEL MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES CON CVP DEL SECTOR HOSPITALIZACION ADULTOS. HPMI. PRIMER BIMESTRE AÑO 2018.SALTA CAPITAL



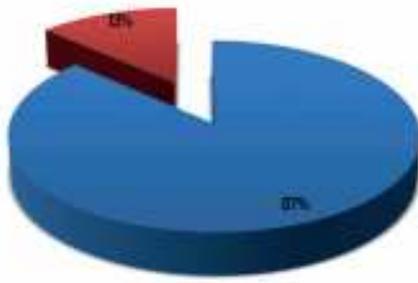
FUENTE: elaboración propia

El gráfico N° 3 muestra que de los pacientes hospitalizados el 85% fueron canalizados con el calibre del catéter, que cumple con el propósito del tratamiento a realizar, de tipo correcta, mientras que 15% de tipo incorrecta. Por lo tanto se infiere que la recomendación R10, resultó correcta. Este estudio coincide con el de Bolaños, M, Cusme, I (2015)⁽⁵⁾ en el cual, el 84% de las enfermeras realiza la selección del catéter según el tipo, acceso disponible, duración del tratamiento mientras, el 16% no lo realizan, según la valoración de enfermería se debe elegir el catéter de menos calibre para disminuir la flebitis mecánica, los catéteres demasiados gruesos lesionan la capa del vaso y obstruyen el flujo sanguíneos.





GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE APLICACION DE LA RECOMENDACION (R10) SELECCIONAR EL MENOR CALIBRE QUE CUMPLA CON EL PROPOSITO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CVP DEL SECTOR HOSPITALIZACION ADULTOS, HPMI. PRIMER BIMESTRE AÑO 2018. SALTA CAPITAL.



FUENTE: elaboración propia

El siguiente gráfico N°4 se observa que el 99% de los pacientes con CVP aplicaron la recomendación R11 de tipo incorrecta, mientras que el 1% utilizó lazo hemostático en forma de cinta, según protocolo, para la realización de la CVP, por lo consiguiente se concluye que la recomendación R11, resulta incorrecta.

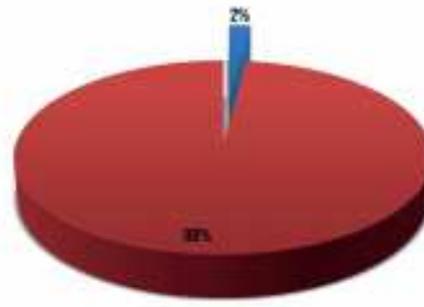
Del análisis anterior, se debe mencionar que se realizó el procedimiento de CVP en los pacientes, utilizando como torniquete, lazos circulares de goma y guantes de látex, estos ejercen una presión inadecuada sobre los vasos sanguíneos provocando una equimosis, esta acción, podría corresponderse al desconocimiento del personal de enfermería, del uso adecuado del lazo en forma de cinta y/o a la falta de accesibilidad al elemento.

GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE APLICACION DE LA RECOMENDACION (R11) UTILIZAR LAZOS HEMOSTATICOS EN FORMA DE CINTA EN PACIENTES CON CVP DEL SECTOR HOSPITALIZACION ADULTOS. HPMI. PRIMER BIMESTRE. AÑO 2018 SALTA CAPITAL.



FUENTE: elaboración propia

GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE APLICACION EN LA RECOMENDACION (R14) ASEGURAR LA FIJACION DEL CATETER Y EL PROLONGADOR EN PACIENTES CON CVP DEL SECTOR HOSPITALIZACION ADULTOS. HPMI. PRIMER BIMESTRE AÑO 2018. SALTA CAPITAL.



FUENTE: elaboración propia

En el gráfico N° 5, se observa que de los pacientes hospitalizados durante el periodo mencionado, el 98% se les fijó la CVP con tela adhesiva común, mientras que a un 2% se les aseguró la fijación del catéter, con material estéril. Por lo tanto se concluye que la recomendación R14, resulta de aplicación incorrecta. Este estudio no coincide con el de Pérez Bolaños, M, Cusme L (2015) ⁽⁵⁾, el cual refiere que el 100% del personal de enfermería observado utilizó material estéril para la fijación de las CVP. Se debe mencionar que todo procedimiento que concluye en invadir el torrente sanguíneo requiere de material estéril para su fijación, y cobertura del sitio de inserción del catéter. Por lo tanto el tipo de fijación a utilizar es el apósito transparente, ya que estabiliza el catéter, obtiene un mayor tiempo de permanencia y no daña la piel al ser retirado; además se ha evidenciado que el tipo de fijación en las CVP tiene influencia sobre los motivos de retirada del catéter y la ocurrencia de eventos adversos, Ferreira, A (2008) ⁽⁶⁾.

La no fijación del catéter con material estéril durante el procedimiento de CVP, en los pacientes hospitalizados, podría corresponderse a la falta de conocimiento por parte de los enfermeros, acerca de los cuidados de la fijación del catéter, protocolos, y vigilancia del sitio de inserción, frente a la aparición de eventos adversos, además de la falta de disponibilidad de los recursos materiales en la institución. Uno de los motivos, por lo que se llevó a cabo esta investigación, fueron las dolencias que referían los pacientes, en el sitio de inserción del catéter. Por lo tanto, el tipo de fijación podría tener relación a la aparición de eventos adversos.





CONCLUSIONES

Finalmente se concluye que las recomendaciones de CVP de los pacientes hospitalizados obtuvieron una aplicación de clasificación nominal media, ya que resultó un total de 8 recomendaciones correctas.

RECOMENDACIONES

- Sugerir estrategia para la actualización del protocolo de cvp, debido a que el protocolo vigente remite del año 2006, sin revisión alguna a la fecha.
- Promover la creación de comité de canalizaciones periféricas, para la elaboración de indicadores, registro de CVP y eventos adversos entre otros
- Sugerir estrategias de vigilancia epidemiológica en conjunto con el sector de infectología con respecto a la aparición de los eventos adversos y su relación con las CVP.
- Complementar el presente trabajo de investigación con la otra del tipo cualitativa referidas a la experiencia de los pacientes vs. Las recomendaciones de CVP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.**Chaparro, D** (2012) citado en Erazo, y Velázquez, M (2014). Canalización venosa periférica realizado por el personal de enfermería del hospital público materno infantil. Tesis de grado, Salta, UNSA.
- 2.**Paz, M. y Rocha, N** (2008), Fundación Argentina Santa Tecla. Protocolo de Canalización Venosa periférica. Hospital Público materno Infantil. Salta. Argentina.
- 3.**Plataforma tecnológica para la gestión en excelencia** (2015). conceptos fundamentales de la calidad en salud. Dimensiones de la calidad en salud <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/#>
- 4.**Pardo Leandro, Pet.al.** (2006).Complicaciones de accesos Venosos Periféricos. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina, Cátedra de Metodología de La investigación en Enfermería. Disponible en <http://es.slideshare.net/mobile/belenmartin96/complicaciones-de-accesos-venosos-perifericos>
- 5.**Pérez Bolaños, M – Sánchez Cusme, I.** (2015). Evaluación de la técnica de cateterización venosa periférica del personal de enfermería que labora en el servicio de medicina interna del hospital Enrique Garcés, Agosto 2015.
- 6.**Ferreira Machado, A. Et. Al.** (2008).Eventos adversos relacionados al uso de catéteres intravenosos periféricos en niños según los tipos curativo. Revista Latino-am Enfermagem 2008 mayo-junio; 16(3).disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_05.pdf .





HOW TO CITE

OCHOA R.H.L.; RAMOS M.E.; SANGUEDOLCCE E. y ECHALAR S.R "Implementation of the peripheral venous cannulation protocol in the adults' hospitalization area at Materno Infantil Public Hospital, 2018"; at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol. 2, No. 13, (56-63).



COMO CITAR

OCHOA R.H.L.; RAMOS M.E.; SANGUEDOLCCE E. y ECHALAR S.R "Aplicación de las recomendaciones del Protocolo de Canalización venosa periférica en el sector hospitalización adultos del Hospital Público Materno Infantil año 2018" en *REV. DE LA FCS. (Arg)* 2019, Vol. 2 N° 13, (56-63).

Rosana Herminia Leonor Ochoa



El Artículo Actualiza

La investigación realizada evalúa la aplicación de las recomendaciones del protocolo existente de canalización venosa periférica en los pacientes hospitalizados, esta técnica habitual y de rutina presenta eventos adversos negativos, por lo que sus aplicaciones resultan de gran importancia para el personal de enfermería, los resultados del mismo, fueron además valorados por una escala de aplicación nominal: alta media, baja, la cual surge de una atención de calidad en salud.

Rosana Herminia Leonor Ochoa y Mónica Elizabeth Ramos indagan sobre

¿Se aplican las recomendaciones del protocolo de canalización venosa periférica en el sector de hospitalización adultos del Hospital Público Materno Infantil en el primer bimestre del año 2018, Salta Capital?

KEYWORDS

Recommendations,
Protocol
Peripheral Venous Cannulation

PALABRAS CLAVES

Recomendaciones,
Protocolo,
canalización venosa periférica





HOW TO CITE

OCHOA R.H.L; RAMOS M.E; SANGUEDOLCCE E. y ECHALAR S.R "Implementation of the peripheral venous cannulation protocol in the adults" hospitalization area at Materno Infantil Public Hospital, 2018"; at The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg) 2019, Vol. 2, No.13, (56-63).



COMO CITAR

OCHOA R.H.L; RAMOS M.E; SANGUEDOLCCE E. y ECHALAR S.R "Aplicación de las recomendaciones del Protocolo de Canalización venosa periférica en el sector hospitalización adultos del Hospital Público Materno Infantil año 2018" en REV. DE LA FCS (ARG) 2019, Vol 2 N° 13, (56-63).

Mónica Elizabeth Ramos

Licenciada en Enfermería,
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Universidad Nacional de Salta
 (2010)

Docente
 Instituto Superior
 Dr. Ramón Carrillo
 Orán (2010)
 Supervisora
 Primer Nivel de Atención
 Orán (2011)

Actualmente desempeña
 sus servicios
 en el
 Hospital Público Materno Infantil

El Artículo Actualiza

La investigación realizada evalúa la aplicación de las recomendaciones del protocolo existente de canalización venosa periférica en los pacientes hospitalizados, esta técnica habitual y de rutina presenta eventos adversos negativos, por lo que sus aplicaciones resultan de gran importancia para el personal de enfermería, los resultados del mismo, fueron además valorados por una escala de aplicación nominal: alta media, baja, la cual surge de una atención de calidad en salud.

**Rosana Herminia Leonor Ochoa y Mónica Elizabeth Ramos
 indagan sobre**

¿Se aplican las recomendaciones del protocolo de canalización venosa periférica en el sector de hospitalización adultos del Hospital Público Materno Infantil en el primer bimestre del año 2018, Salta Capital?

KEYWORDS

Recommendations,
 Protocol
 Peripheral Venous Cannulation

PALABRAS CLAVES

Recomendaciones,
 Protocolo,
 canalización venosa periférica





INFLUENCIA DEL NIVEL DE RUIDO DE LOS DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS EN LA ANSIEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL

EFFECTS OF THE NOISE LEVEL OF BIOMEDICAL EQUIPMENT IN NURSING STAFF ANXIETY AT THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT, MATERNO INFANTIL PUBLIC HOSPITAL

Norma Beatriz CONDORÍ*, Marta RAMOS MAMANÍ**, Gerardo Omar FLORES***

*Lic. en Enfermería, ** Lic. en Enfermería, *** Lic. en Enfermería, Director de tesis.

Contacto: Marta RAMOS MAMANÍ E-Mail: martadelly9@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: relacionar el nivel de ruido y la ansiedad percibida por el personal de enfermería de UTIP del Hospital Público Materno Infantil - año 2018.

METODOLOGIA: estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Muestra: 35 enfermeros. Técnicas: Observación no participante; entrevista semi-estructurada, con escala tipo likert para valorar las percepciones de ansiedad; y medición con sonómetro para determinar los niveles de ruido (decibelios ponderados dB(A)).

RESULTADOS: los niveles de ruido presentan un promedio de 70 dB(A) durante las 24 horas (rango 66-73 dB(A)), las mediciones casi duplican las recomendaciones de la OMS (35 dB(A) durante el día y 40 dB(A) durante la noche). Características definitorias: El 89% refiere insomnio, tensión facial (83%) y sequedad bucal (74%). El 83% están “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” que el ruido del servicio representa una molestia en el desarrollo de sus actividades.

CONCLUSIONES: el ruido genera ansiedad y es una molestia en el trabajo, a pesar de ello, el personal refiere sentirse “acostumbrados” por lo que el daño auditivo avanza progresivo e insidioso.

PALABRAS CLAVES: Ruido, Ansiedad, Salud Mental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: make a relationship between the level of noise and anxiety perceived by the nursing staff at the PICU in Materno Infantil Public Hospital, year 2018.

METHODOLOGY: observational, descriptive cross-sectional research. The sample consists of 35 nurses. Non-participating observation; semi-structured interview using Likert scale to assess anxiety perceptions; and measurement using sound-level meter to determine noise level in dB(A) or weighted decibels.

RESULTS: noise levels show an average of 70 dB(A) over 24 hours (noise range from 66 to 73 dB(A)). Measurements almost duplicate WHO guidelines (35 dB(A) during the day and 40 dB(A) overnight). As to the defining characteristics, the reports are: 89% insomnia, 83% facial tension and 74% dry mouth. 83 % of nurses agree and totally agree that noises at the PICU cause a nuisance in nursing activities.

CONCLUSIONS: noises cause anxiety and it is a nuisance for the nursing work. However, the nursing staff report they are used to them; consequently they cause the hearing damage to develop progressively and insidiously

KEY WORDS: Noise, Anxiety, Mental Health.



INTRODUCCIÓN

En el Hospital Público Materno Infantil (HPMI) se encuentra, la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), la misma está preparada para atender al niño grave, con edades entre 29 días y 15 años de edad. Brinda asistencia inmediata y especializada. Para que esta asistencia tenga éxito, es necesario un equipo de salud interdisciplinario, como así también modernos equipamientos biomédico de monitorización y soporte de vida.

Trabajar en al UTIP, tiene efectos negativos para el personal que está trabajando en este sector, debido a la presencia de todo tipo de sonidos generados en el hospital, que muchos terminan por “acostumbrarse” a ellos y cada vez se percibe psicológicamente, pero no físicamente a las consecuencias. El ruido, podría provocar alteraciones en todos los sistemas del organismo; interferir en el trabajo, descanso, sueño y comunicación, además de perjudicar la audición y provocar reacciones fisiológicas y psicológicas ligadas a la naturaleza del sonido proveniente de los equipamientos biomédicos. En este sentido, desde la teoría de la “Enfermería interpersonal” de Callista Roy, se afirma que las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno.

OBJETIVOS

Objetivos general: relacionar el nivel de ruido y la ansiedad percibida por el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil, año 2018.

Objetivo específico:

Identificar las características socio demográficas: sexo, edad, antigüedad laboral, estado civil y nivel de formación.

Valorarla ansiedad percibida por el personal de enfermería que trabaja en el servicio.

Medir el nivel de ruido en las diferentes unidades de los pacientes expresados en dB(A).

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo fue observacional, descriptivo de corte transversal durante los meses de julio a agosto del 2018. Los datos obtenidos fueron procesados, organizados y presentados a través de cuadros y gráficos utilizando los programas SPSS 15.0, Microsoft Excel 2013 y Corel Drawn 2017. Población: 40 enfermeros de los cuales, se tomó de

35 profesionales. Las técnicas que se utilizaron fueron:

a) Entrevista semi-estructurada que permitió valorar las percepciones de ansiedad. b) Observación científica, no participativa, para valorar las características definitorias (manifestaciones) de los signos de ansiedad. c) Medición, con sonómetro para determinar los niveles de ruidos, expresado en decibelios ponderados dB(A), las investigadoras se capacitaron en el procedimiento.

Los instrumentos para la recolección de datos, fueron empleados de forma anónima y confidencial, previa firma al consentimiento informado. El cuestionario, no auto-administrado, estructurado en dos partes: a) La primera parte, valoró aspectos sociodemográficos, como la ansiedad percibida, por una escala tipo Likert de tres opciones: nunca, a veces y siempre, también se evaluó la influencia del nivel de ruido en el servicio, mediante cinco preguntas cuyas respuestas fueron totalmente de acuerdo (+2), de acuerdo (+1), indiferente (0). b) La segunda parte estuvo destinada a la observación que permitió valorar las características definitorias relacionadas con ansiedad, de acuerdo a la propuesta de la NANDA internacional.

Para la medición, se empleó un sonómetro y la tabla “Nivel de ruido en las unidades de los pacientes (expresados en dB(A)).

RESULTADOS

Respecto a los sociodemográfico: El 42,9% son jóvenes profesionales con menos de seis años de antigüedad en el servicio, esto se debería, en este contexto en particular, a que el personal de mayor antigüedad pide el “pase” a otros servicios. En contraposición el 22,9% del personal tiene 7 o más años de antigüedad y una edad comprendida entre 45 a 54 años. El 80% son enfermeras. Prevalcen los “Enfermero profesionales” con el 60% de los casos. De acuerdo a la distribución por turnos, el 31% del personal de enfermería se desempeña en el turno mañana, y en el resto de los turnos, la distribución es equitativa en coherencia a las actividades que se realizan. En relación al ruido, en el GRAFICO N° 1, al realizar un análisis general de los niveles de ruido, se observa que el nivel de ruido total en el servicio de la UTIP, se corresponde con una media de 70 dB(A) durante las 24 horas, comprendido entre un rango entre 66 a 73 dB(A). Las mediciones están significativamente por encima de las recomendaciones de la OMS de 35 dB(A) durante el día y 40 dB(A) por la noche. Esto es coincidente con Claes, E; y Vanwing; (2016) quienes encontraron que los niveles de sonido que se registraron continuamente durante 24 hs fueron de 52.8 dB(A) durante la noche y 54.6 dB(A) durante el día.





GRÁFICO N° 1: ANÁLISIS DEL NIVEL DE RUIDO EN EL SERVICIO CON UNA MEDIA DE 70 dB(A) UTIP-HPMI. SALTA 2018

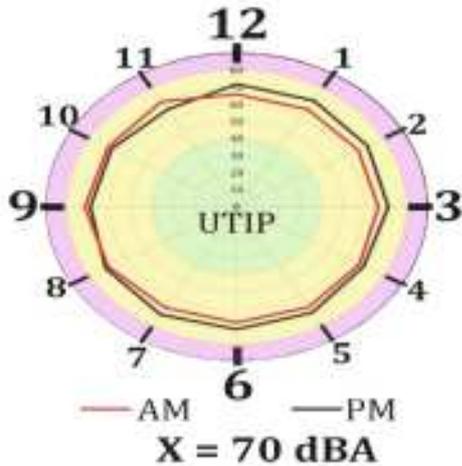
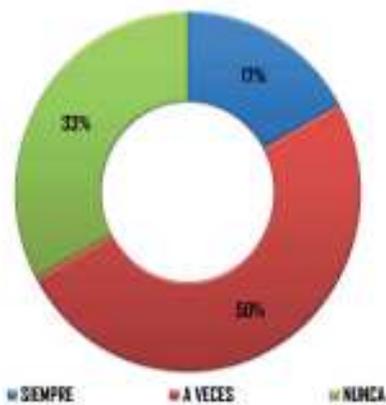


GRÁFICO N° 2: CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD PERCIBIDAS POR EL PERSONAL SEGÚN LA TAXONOMÍA NANDA. UTIP - HPMI SALTA 2018



FUENTE: elaboración propia

En el grafico N° 2, se integran los resultados obtenidos al valorar las características definitorias propuesta por la NANDA. De ello, se observó que el 50% “a veces” presentó alguna de las características, el 17% “siempre” las presentan. Quedando evidenciado que el 67% del personal de enfermería, considera que presenta signos de ansiedad, de acuerdo a NANDA.

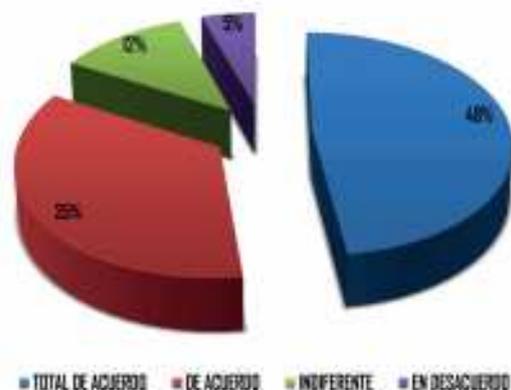
En el grafico N° 3, se analizan las características definitorias NANDA, donde los resultados más sobresalientes, evidencian que prevalece con el 89% de los casos insomnio, en concordancia con lo analizado previamente en el grafico N° 2, seguida por las características fisiológica

tención facial en el 83%.

La manifestación simpática sobresaliente fue la sequedad bucal con el 74%. Como se evidencia, la ansiedad y el estrés implican reacciones adaptativas a las demandas del medio, nuestra mente y nuestro cuerpo no pueden permanecer activados indefinidamente. “Si el estado de activación por ansiedad y estrés es muy intenso y, sobre todo, si se prolonga en exceso, se producen consecuencias negativas a tres niveles: disminución del rendimiento, problemas de salud física y problemas de Salud Mental” (Vindel, J; 2013).

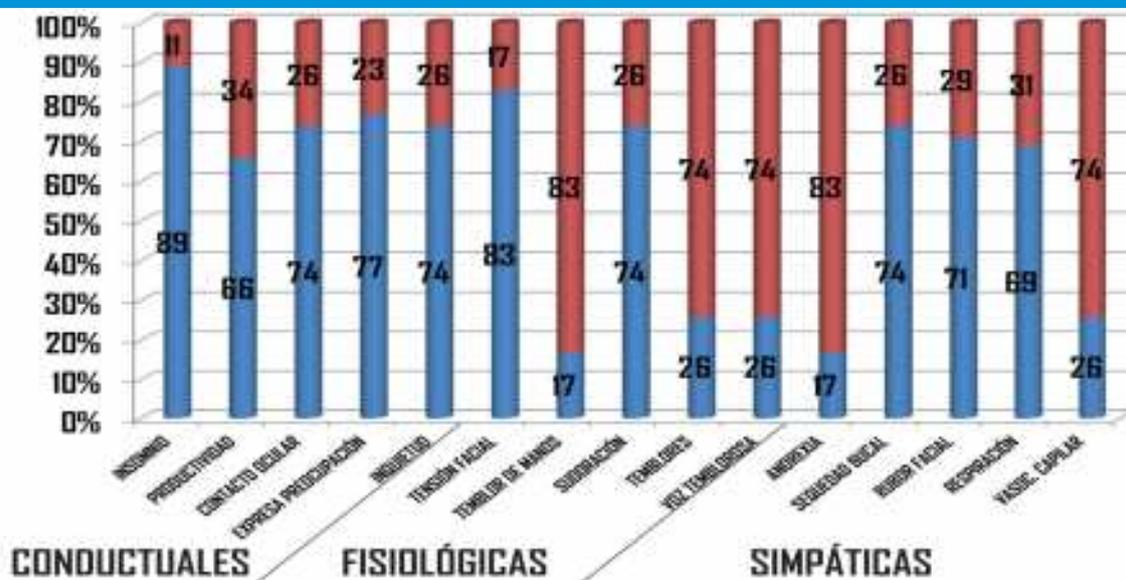
En el grafico N° 4, se puede deducir que el personal de enfermería de la UTIP, afirma en el 83% de los casos, estar “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo” que el ruido generado en el servicio representa una molestia en el desarrollo de las actividades, produciendo dificultad para concentrarse y ansiedad, a su vez estas condiciones son percibidas, como relacionadas al efecto negativo en su salud, refiriendo sentirse “acostumbrando” al ruido. En este sentido, el ruido es un factor estresante que nos puede llegar a enfermar y puede generar estrés crónico, con las consecuencias que esto puede traer a nuestra salud. Esto es coincidente con el estudio de Barbosa, E; y Lisboa, M (2004) quienes afirman los individuos pueden “seguir trabajando, ya que crean formas adaptativas delante del ruido en el ambiente laboral, buscando continuamente ser sujetos de la situación de trabajo”. El silencio debe contemplarse como una herramienta profiláctica y terapéutica. Recordemos que “el silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia” (Carrillo, R. 2017).

GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA INFLUENCIA DEL NIVEL DE RUIDO. UTIP - HPMI SALTA 2018



FUENTE: elaboración propia

GRÁFICO N° 4: CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD OBSERVADAS (Conductuales, Fisiológicas y Simpáticas) SEGÚN TAXONOMÍA NANDA. UTIP – HPMI SALTA 2018



FUENTE: elaboración propia

CONCLUSIONES

La ansiedad es percibida como un problema por parte del personal de Enfermería, e identifican las características presentes (según NANDA Internacional) el “*trastorno de sueño*” (48%) seguido del “*cambio de humor*” (34%), el personal refiere que, debido al ruido, le “*cuesta prestar atención*” (29%) durante su jornada laboral y más, si hace guardia activa. Finalmente, un cuarto de la muestra (26%) refirió tener “*disminuida la habilidad para solucionar problemas*”. Más de la mitad del personal (67%), refirió presentar ansiedad de acuerdo a las características definitorias NANDA.

Vinculado al variable ruido, se halló que los dispositivos biomédicos seleccionados para esta investigación, en condiciones de aislamiento superan ampliamente el límite del nivel de ruido propuesto por la OMS, llegando a niveles perjudiciales para la salud de las personas que están en contacto con ellos (Personal y sujetos de cuidado). Los niveles de ruido en el servicio, se encuentra un valor promedio de 70 dB(A), comprendido en un rango de 66 a 73 dB(A). Los mayores picos, se registran por las tardes, alrededor de las 07:00 PM. Como se mencionó anteriormente, las mediciones están significativamente por encima de las recomendaciones de la OMS de 35 dB(A) durante el día y 40 dB(A) por la noche. Donde el valor encontrado, casi duplica la recomendación.

Para establecer la relación entre el ruido y ansiedad, se puede referir que el personal de enfermería de la UTIP, afirman que el ruido generado en el servicio representa una molestia en el desarrollo de las actividades, produciendo dificultad para concentrarse y ansiedad, a su vez, ambas condiciones son percibidas de manera negativa para su salud. Pero en contraposición, refirieron sentirse “*acostumbrados*” al ruido. En este sentido, el ruido es un factor estresante que puede llegar a enfermar y puede generar estrés. Y a pesar que de psicológicamente “*nos acostumbremos*” al ruido, “*fisiológicamente*” el oído, no lo hace, de modo que el daño avanza de manera progresiva e insidiosa.

Este trabajo nos permitió identificar que, en este servicio, los niveles de ruidos casi duplican la recomendación de la OMS para los ambientes hospitalarios. Pero el problema mencionado, no termina en esto, sino todo lo contrario, ya que esto trae otras consecuencias para la salud del personal que allí trabaja, con el consiguiente correlato en los cuidados de los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer el resultado de la investigación al personal de enfermería que se desempeña en la UTIP de los diferentes turnos.
- Presentar una copia de la investigación para incrementar el acervo bibliográfico del Hospital Público Materno Infan



til.

-Publicar los resultados de esta investigación en distintas conferencias o cursos científicos. Como por ejemplo en las Jornadas Académicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa o las Jornadas de Pediatría del mismo hospital.

-Implementar esta investigación en otros servicios del Hospital que presenten similares características, como ejemplo la Terapia Intensiva de Adultos y la Terapia Intermedia.

-Se podría gestionar con las autoridades correspondientes, la colocación de una central de vigilancia (pantalla) ubicada en el Office de Enfermería, que permita el monitoreo de los diferentes boxes, de esta manera se podrían silenciar de manera eficaz y eficiente los monitores.

-Solicitar a la ART (Aseguradora de Riesgos de Trabajo) un control de Audiometría, para comparar con los resultados del examen físico de ingreso del personal, a modo de establecer un diagnóstico de situación.

-Se podría proponer a las autoridades del servicio, el implementar un protocolo denominado "un minuto de silencio" en el cual todas las maniobras ruidosas se suspendan por unos minutos para lograr el mayor silencio posible, donde únicamente quedará el ruido de fondo o ambiental (no puede ser evitado) se cree que la implementación de un plan estratégico como este, basado en cambios comportamentales, tendrá la potencialidad de ser capaz de impactar positivamente en el control y la reducción del ruido.

-Gestionar a las autoridades de la institución, la incorporación de un indicador de ruido, como por ejemplo el SoundEar (Dräger) para contribuir a un entorno sano y curativo para los pacientes, los profesionales de salud y los familiares que transitan por el servicio.

-Trabajar interdisciplinariamente con el Servicio de Bioingeniería, para la realización de mantenimiento preventivo y correctivo de los diferentes dispositivos biomédicos

(2007). Corporación Editora Médica del Valle Colombia Vol. 38 Nº 4 (Supl 2), Cali, Colombia.

7. Fernández D. y Cruz N. "Efectos del Ruido en Ambiente Hospitalario "Neonatal. Revist Cienc Trab. (2006). abr-jun: 8 (20):70-78. Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broaddus VC, Mason RJ, MacIntyre N. "Mechanical ventilation". The Respiratory Medicine. (2016). 6th ed. Philadelphia.

2. Camargo B. "Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma". Revista Médica Científica. (2004). Panamá.

3. Campos, M. "Causas y efectos del estrés laboral". Escuela de Ingeniería Química. Universidad del Salvador. El salvador. (2006).

4. Chávez Miranda, J.R. "Ruido: Efectos Sobre la Salud y Criterio de su Evaluación al Interior de Recintos". Revista Ciencias y Trabajo. (2006). abr-jun, pág. 42-46. Chile.

5. Chávez J., Otárola M F, Otárola Z F, Finkelstein A. "Informe Incapacidades Permanentes por Enfermedad Profesional". C & T. 2006. Pág. 46-47.

6. Fajardo, D., Gallego, S & Argote, L. "Niveles de Ruido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal «CIRENA» del Hospital Universitario del Valle".



HOW TO CITE

CONDORÍ N.B; RAMOS MAMANI M.D y FLORES G.O "Effects of the noise level of biomedical equipment in nursing staff anxiety in the Pediatric Intensive Care Unit at Materno Infantil Public Hospital"; at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol. 2, No. 13, (64-70).



COMO CITAR

CONDORÍ N.B; RAMOS MAMANI M.D y FLORES G.O "Influencia del nivel de ruido de los dispositivos biomédicos en la ansiedad del personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil 2018" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol 2 N° 13, (64-70).

Norma Beatriz Condorí



El Artículo Actualiza

En el entorno de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), el personal de enfermería está en contacto directo con el ruido de equipamientos biomédicos. Esta exposición al ruido, puede generar estrés y la ansiedad. Los niveles de ruido en el servicio presentan un valor promedio de 70 dB(A) durante las 24 horas, entre un rango entre 66 a 73 dB(A). Estas mediciones están por encima de las recomendaciones de la OMS. El ruido representa una molestia en el desarrollo de las actividades. Pero en contraposición, el personal refiriere sentirse "acostum-brados".

Norma Beatriz CONDORÍ y Marta Delicia Ramos MAMANI indagan sobre

¿Como influye el nivel de ruido de los dispositivos biomédicos en la ansiedad del personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil Julio-Agosto 2018?

KEYWORDS

Noise,
Anxiety,
Mental Health

PALABRAS CLAVES

Nivel de Ruido,
Ansiedad,
Personal de Enfermería





HOW TO CITE

CONDORÍ N.B; RAMOS MAMANÍ M.D y FLORES G.O "Effects of the noise level of biomedical equipment in nursing staff anxiety at the Pediatric Intensive Care Unit, Materno Infantil Public Hospital 2018" at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol. 2, No.13, (64-70).



COMO CITAR

CONDORÍ N.B; RAMOS MAMANÍ M.D y FLORES G.O "Influencia del nivel de ruido de los dispositivos biomédicos en la ansiedad del personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil 2018" en *REV. DE LA FCS. (Arg)* 2019, Vol. 2 Nº 13, (64-70).

Marta Delicia Ramos Mamaní

- Licenciada en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Salta (2018)
- Disertante en las 1^{er} Jornadas de Enfermería Pediátrica 2019
- Actualmente pertenece al Equipo de Control de Infecciones en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica Hospital Materno Infantil Provincia de Salta ARGENTINA
- Creadora del Protocolo "Un Minuto de Silencio" (2020)
- Disertante en Ateneos Cardiovasculares Virtuales Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

El Artículo Actualiza

En el entorno de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), el personal de enfermería está en contacto directo con el ruido de equipamientos biomédicos. Esta exposición al ruido, puede generar estrés y la ansiedad. Los niveles de ruido en el servicio presentan un valor promedio de 70 dB(A) durante las 24 horas, entre un rango entre 66 a 73 dB(A). Estas mediciones están por encima de las recomendaciones de la OMS. El ruido representa una molestia en el desarrollo de las actividades.

Pero en contraposición, el personal refiriere sentirse "acostum-brados".

Norma Beatriz CONDORÍ y Marta Delicia Ramos MAMANÍ indagan sobre

¿Como influye el nivel de ruido de los dispositivos biomédicos en la ansiedad del personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Publico Materno Infantil? Julio-Agosto 2018?

KEYWORDS

Noise,
Anxiety,
Mental Health

PALABRAS CLAVES

Nivel de Ruido,
Ansiedad,
Personal de Enfermería





REPRESENTACIÓN SOCIAL DE ENFERMERÍA LA MIRADA DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA UNSA 2015-2016

NURSING SOCIAL REPRESENTATION FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING CAREER STUDENTS AT THE NATIONAL UNIVERSITY OF SALTA, 2015-2016

Laura Belén de los Ángeles, CHAÑI*; Luis Abel, ESCALADA**; Sacchi de Van Dam, Mónica María Teresa***; Chavez, Nieve Ubaldina****
*Especialista en Salud Pública; **Licenciado en Enfermería; ***Magister en Ciencias Humanas; ****Magister en Ciencias de la Salud
Contacto: Laura CHAÑI E-Mail: laurabelendelosangeles@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: el propósito de este trabajo fue valorar y comparar la representación social de la profesión de Enfermería, desde la mirada de los estudiantes ingresantes de la carrera y de aquellos que ya están culminando sus estudios.

METODOLOGIA: estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal. Técnicas: grupo focal y entrevistas individuales. Muestra: 63 estudiantes ingresantes y de tercer año de la carrera de Enfermería (FCS-UNSA)

RESULTADOS: los motivos que incidieron en la elección de la carrera: falta de recursos económicos para estudiar otra, relación familiares enfermeros-estudiar Enfermería y la duración de la misma con la salida laboral. En cuanto a la mirada de los profesionales de la salud, opinan que éstos ven a la Enfermería: como trabajadores miembros importantes del equipo de salud, valorando su labor; y como una profesión "básica". Destacan la importancia del rol de Enfermería en el Sistema de Salud, y la sensación de desvalorización hacia la profesión.

CONCLUSIONES: existen conceptos diferenciados entre lo que es enfermería. Por un lado es la mano derecha del médico, por otro que debe salir de ese encuadre de subordinación y hacer uso de sus propias aptitudes, capacidades y conocimientos para ser revalorizada.

PALABRAS CLAVES: Representación social, Enfermería, Elección carrera, Estudiantes.

ABSTRACT

OBJETIVO: the purpose of this work is to assess and compare the social representation of the nursing profession from the point of view of both, students who has just began the career and those finishing their studies.

METHODOLOGY: qualitative, descriptive cross-sectional research. The techniques used were focal group and individual interviews. The sample consisted of 63 students at the beginning of the nursing career and in third year at the Faculty of Health Sciences, National University of Salta

RESULTS: the reasons that had an influence on the choice of the career were: lack of economic resources to start the career, nursing relatives-nursing studies relationship, the years the university studies last and good employment opportunities after finishing it. As to health professionals' opinion about the nursing profession, they regard nurses as important members of the health team and their work is appraised as a "basic" profession. They highlight the important role of nursing in the health system and a sense of underestimation towards the profession

CONCLUSIONS: there are differentiated concepts of what nursing is. On the one hand, nurses are doctor's right hand, but on the other, nurses must get out of a subordination framing and make use of their own skills, abilities and knowledge to be revalued.

KEY WORDS: Social representation, Nursing, Career choice, Students.



INTRODUCCIÓN

Los científicos y académicos de diversos campos siguen ligando a la Enfermería con la ayuda al médico, el apostolado (la religión), un oficio, asociado a la mujer sumisa y subordinada ⁽¹⁾. El hecho de que el enfermero ingrese al sistema sanitario con otra imagen de enfermería, obtenida desde su formación, sobre lo que representa la Enfermería y lo importante que es su participación en el equipo de salud, tal vez sea el inicio del cambio, de la adquisición del reconocimiento social que tantos colegas buscaron y buscan día a día.

El propósito de este trabajo es valorar la representación social de la profesión de Enfermería, desde el punto de la mirada de los estudiantes de la carrera.

OBJETIVOS

Objetivo General: Indagar la representación social de la Enfermería como profesión desde la perspectiva de los alumnos ingresantes y los que cursan el último año del primer ciclo de la carrera de Enfermería, en la Universidad Nacional de Salta, durante el periodo 2015-2016.

Objetivos Específicos:

Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.

Describir la representación social sobre la Enfermería desde la mirada de los alumnos.

Identificar los cambios en la representación social de la Enfermería entre los estudiantes ingresantes y los que culminan el primer ciclo de la carrera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, descriptivo y de corte transversal. El objetivo de este tipo de investigaciones es comprender la realidad social, a partir de la opinión y mirada de los propios sujetos, ya que es una construcción social e individual que está atravesada por los valores, creencias y modos de entender el mundo de las personas y de la comunidad donde habitan.

Las técnicas utilizadas en este trabajo fueron grupo focal y entrevistas individuales realizadas a los estudiantes. El instrumento utilizado fue una guía de entrevista semiestructurada que constó de dos partes:

• Primera Parte:

Características Sociodemográficas: edad, sexo, procedencia, perteneciente a comunidad originaria, residencia actual, estado civil, situación laboral, sustento económi-

co, año de egreso de la educación media.

• Segunda Parte:

preguntas abiertas que respondieron a los ejes: Motivos de elección de la carrera; La construcción del ser enfermero universitario; La idea o percepción de lo que es Enfermería; La construcción del ser enfermero desde el entorno; La construcción del ser enfermero desde lo social (en general); Los campos de trabajo de la profesión de Enfermería; Las expectativas sobre la profesión

Se empleó una grabadora para la recolección de información y su posterior análisis, la transcripción fue de manera literal, respetando pausas, silencios y otras expresiones que manifestaron.

La muestra para la aplicación del instrumento fue intencional, hasta la saturación de la información.

RESULTADOS

Con respecto a los aspectos sociodemográficos

Los datos que se presentan corresponden a 63 entrevistados, 33 de ellos son ingresantes a la carrera, y los 30 restantes cursaban el último cuatrimestre del tercer año de la carrera de Enfermería en la Universidad Nacional de Salta – Salta – Argentina.

En la Tabla N°1 se observa cómo Enfermería continúa siendo una profesión elegida por, en su mayoría, mujeres. Del total de entrevistados, el 19% corresponde a varones. En lo referente al lugar de procedencia de los estudiantes el 65% son de la provincia de Salta, de los cuales, el 44% corresponde a Capital. Un 29% es oriundo de la provincia de Jujuy (Capital e Interior), mientras que el 5% proviene de otras provincias. Cabe mencionar que el 13% (8) de la totalidad de alumnos entrevistados pertenece a una comunidad originaria. Las comunidades a las que mencionaron pertenecer son: Mapuche, Tastil y Kolla, prevaleciendo la comunidad Kolla (6 estudiantes).

Al indagar sobre el estado civil y si tienen hijos, del total de entrevistados, el 89% (56) son solteros, de ellos, el 17% (11) tiene hijo/s a cargo. Esto resulta ser un determinante al elegir la carrera como al plantearse expectativas una vez concluidos los estudios. Así lo refería Belén (Alumna de tercer año—Grupo Focal)

“Para mí también sería trabajar (...) no seguir con la licenciatura el año que viene yo también tengo un nene y por parte siento que lo dejé mucho, así que no... primero sería el año que viene dedicarme más a él y dejar el estudio por un rato”.



**TABLA Nº 1: DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA POR SEXO SEGÚN EDAD
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA 2015-16**

SEXO	MUJER	VARON	TOTAL
EDAD	%	%	%
17-20 años	27,0	9,5	36,5
21-24 años	30,2	6,3	36,5
25-28 años	17,5	1,6	19,0
29-32 años	4,8	1,6	6,3
33 a más años	1,6	0,0	1,6
TOTAL	81,0	19,0	100,0

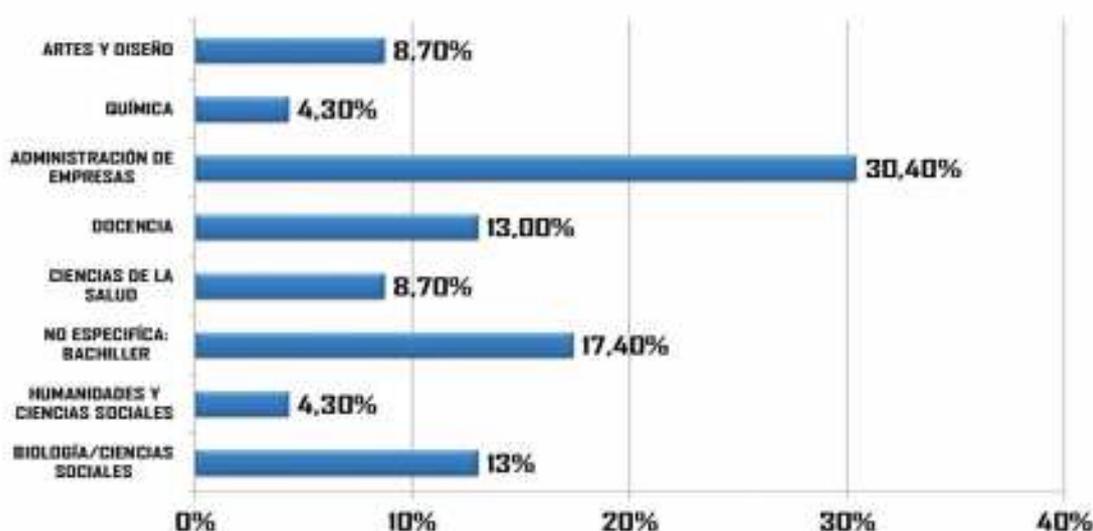
FUENTE: elaboración propia

Continuando con este aspecto, el 9% (6) vive en unión de hecho, de los cuales, 6% (4) tienen hijos. Finalmente, el 1,5% (1) de los entrevistados estaba casado y tenía uno o más hijos. Al indagar sobre la situación laboral de los estudiantes, 19 (30%) trabajan. De este total, 13 son alumnos de tercer año, de los cuales 8, trabajan en tareas relacionadas a su formación.

Del total de entrevistados, el 37% manifestó que influyó en ellos la orientación en la escuela secundaria, en su elección de la carrera.

En el Gráfico N°1 se pueden apreciar cuales fueron las orientaciones que, según los alumnos, influyeron en su elección.

**GRÁFICO Nº 1: ORIENTACIÓN EN LA ESCUELA MEDIA QUE INFLUYÓ EN LA ELECCIÓN DE LA CARRERA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA. 2015-16**



FUENTE: elaboración propia

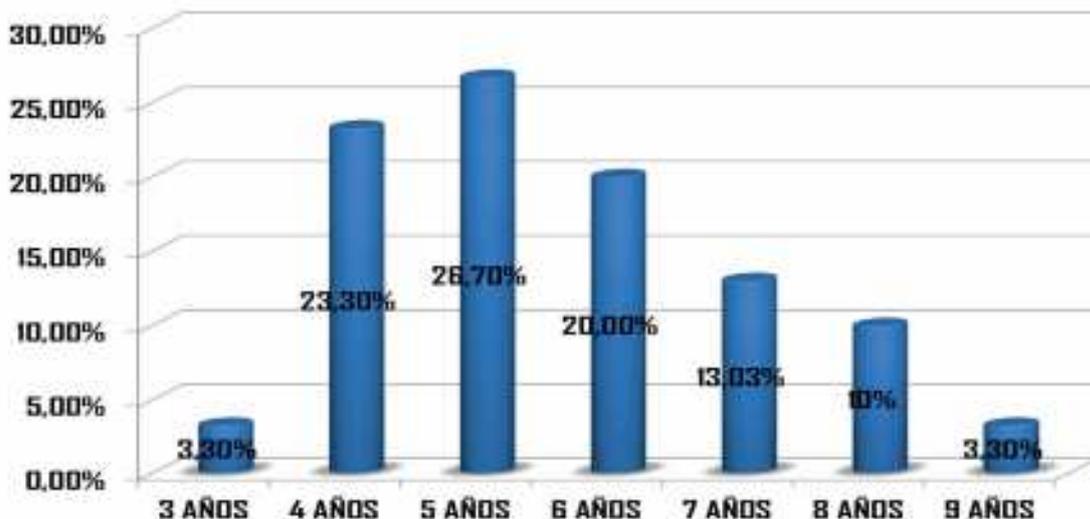




Los años de permanencia en la carrera solo fueron indagados en alumnos de tercer año. Como se puede observar en el Gráfico N° 2, el 27 %⁽⁸⁾ de los estudiantes lleva

cinco años de cursado, para una carrera que en su plan de estudios tiene estipulado 3 años en su primer ciclo.

GRÁFICO N° 2: ORIENTACIÓN EN LA ESCUELA MEDIA QUE INFLUYÓ EN LA ELECCIÓN DE LA CARRERA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA. 2015-16



FUENTE: elaboración propia

Con respecto a las percepciones

Motivos de elección de la carrera

Al analizar el general de los resultados resalta como primer motivo de elección de Enfermería, la falta de recursos económicos para estudiar otra carrera, en su mayoría medicina.

Gisel (Ingresante – Grupo Focal): “La Enfermería no fue mi primera elección, optaba por medicina pero allá en Mar del Plata es una carrera privada y no podía pagarla (...)”

En este punto se disiente con lo publicado por Rastrepo⁽²⁾, quien en su investigación más del 40% de entrevistados había escogido la carrera por vocación.

Como segundo motivo se encuentra la relación familiares enfermeros-estudiar enfermería, en este caso se obtuvo un resultado diferente al del trabajo de Arakaki⁽³⁾, quien resalta la influencia que tienen los familiares, ya sean padre, madre, abuelos o tíos con la elección de estudiar la carrera ya que transmiten ese gusto por realizar las actividades propias de Enfermería, como lo es el cuidado de las personas, la satisfacción que sienten al ver cómo mejoran sus pacientes y el amor y la pasión con que se dedican a sus enfermos.

En tercer lugar, aparecen dos ítems muy relacionados en-

tre sí, el hecho de que es una carrera de corto cursado por un lado y la rápida salida laboral por el otro. En este aspecto se coincide con lo obtenido por Marañón⁽⁴⁾ en su investigación: “entre los participantes de nuestro estudio (...) se percibe como una carrera con futuro debido a la gran demanda de profesionales de Enfermería (...) la duración de los estudios de Enfermería, aparece como un factor que se tiene en consideración en el grupo de estudiantes que la eligen como primera opción.”

Gisela (Alumna de tercer año - Grupo Focal): “En realidad yo no elegí la carrera, me la eligió mi hermana, yo le dije que quería una carrera corta y ella me anotó en Enfermería.”

La construcción del ser enfermero universitario

Con respecto al por qué estudiar Enfermería en la Universidad, la mayoría de los estudiantes mencionaron como principal razón, la gratuidad del establecimiento.

Araceli (Ingresante - Grupo Focal): “yo decidí estudiar en la universidad porque mis papás están separados y hay muchos conflictos económicos, entonces para quitarles el peso en cuanto a lo económico decidí estudiar acá en la universidad.”



El segundo lugar en opinión lo ocupa el nivel educativo que brinda la Universidad: Anabela (Alumna de tercer año - Grupo Focal): *“si querés estudiar algo y vas a aguantar y querés saber y ponerte en un nivel bien alto tenés que estudiar en la UNSa (Universidad Nacional de Salta)”*

Ceci (Alumna de tercer año - Grupo Focal): *“No yo sabía que estaba la carrera aquí (Salta), yo soy de Jujuy, (...) también hay escuelas allá, pero la verdad que no me interesaba mucho porque no eran universitarias y como acá (Universidad) tienen mayor conocimiento, tienen mayor prestigio también, entonces me vine acá.”*

La idea o percepción de lo que es Enfermería

Al analizar el significado de Enfermería en los estudiante-ingresantes, la respuesta encontrada con mayor frecuencia es la de una Enfermería abocada a brindar ayuda a los demás. En los alumnos de tercer año esta respuesta no aparece ligada al significado de Enfermería, si bien en algunos de sus relatos mencionan la satisfacción sentida al ayudar a otras personas, ninguno estableció una relación directa con lo antes mencionado. Al analizar la investigación de Hernando Martínez ⁽⁵⁾ se puede visualizar cierta similitud, sus resultados reflejan una enfermera dispuesta a ayudar, con actitud cálida y siempre con una sonrisa, sin embargo, estos rasgos fueron más notorios en el grupo de alumnos de tercer año, mientras que los alumnos de los primeros años de la carrera se inclinaron por la representación de la enfermera dispuesta a ayudar, pero sobre todo a realizar *“técnicas instrumentales”* como lo refiere la autora. Por otro lado, un gran número de estudiantes de tercer año de este trabajo de investigación lo relacionó con la responsabilidad al tratar con seres humanos. A demás señalaron *“algún error puede costar la vida de los pacientes”*.

Pronta a culminar sus estudios, Anabela (Alumna de tercer año - Grupo Focal) cambia su concepto sobre lo que es Enfermería:

“(...) mi mentalidad cuando entre, es distinta a comparación de ahora ¿no? (...) uno cuando cursa la carrera va viendo que la persona necesita mucho más que aquello como un medicamento, tenés que saber escuchar, tenés que atender las necesidades que ella tiene (...) todo el tiempo tenés que saber escuchar a las personas, porque por ahí, hay personas que les duele algo, pero otras persona que por ahí le duele el alma, nosotros estamos para eso”; se observa como ella hace propia la carrera.

Angie (Alumna de tercer año - Grupo Focal): *“Para mí la Enfermería es como parte de mi vida”*. Como menciona Anabela, parece ser necesario el cursado de la carrera para cambiar la visión de Enfermería. En el relato de algunos alumnos ingresantes, se encuentra asociado al enfermero con la imagen de subordinación hacia otro profesional de la salud, el médico:

Verónica (Alumna Ingresante - Grupo Focal): *“Para mí Enfermería es como ser la mano derecha del doctor, está siempre pendiente, ayudando”*.

Las expectativas sobre la profesión

Un 53% tiene pensado trabajar una vez que reciban su título de enfermeros, dentro de este grupo se encuentran en su mayoría los alumnos ingresantes; el 32%, piensa en trabajar y además cursar las materias de la Licenciatura en Enfermería; presentando mayor frecuencia en este porcentaje los alumnos de tercer año.

Los motivos de elección de la carrera siguen estando presentes al momento de visualizar su futuro, Fidel (Alumno de tercer año - Grupo Focal) manifestaba ante la interrogante sí fue Enfermería su primera elección:

“Emm Medicina, pero no pude realizar esa elección porque mis hermanas también estaban estudiando y tendría que tener una fuente de ingresos que fuera constante (...)” Ahora próximo a recibirse se plantea dos situaciones *“trabajar y estudiar, hacer la Licenciatura; o trabajar y hacer medicina, una de esas dos”*.

CON RESPECTO A LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

La construcción del ser enfermero desde el entorno

La imagen de Enfermería fue mutando para los estudiantes de tercer año dada la experiencia de las pasantías hospitalarias, en un principio algunos no estaban conformes con la carrera elegida, pero esto cambia a medida que hacían propio el quehacer enfermero. Sin embargo, aun cuando parecía que esto mismo sucedía con sus padres y familiares cercanos, las opiniones siguen siendo muy heterogéneas; hay quienes continúan viendo a la Enfermería como una profesión de bajo nivel y otros que en cambio se sienten felices por la carrera escogida por sus hijos/familiares. Esta última situación se observa en entre los ingresantes:

Ivi (Alumna de tercer año - Grupo Focal), comentó cómo su madre se refería a ella y a la elección de su profesión, frente a las personas: *“Hoy en día cuando le preguntan “¿Cómo está tu hija?”, ella dice “bien”, “¿Estudia algo?”;*



“ella va a ser enfermera, ya se va a recibir”, ella lo dice con orgullo”.

Verónica (Alumna Ingresante – Grupo Focal): *“A mí me retaron porque en mi casa todos querían que estudie medicina, yo les dije que no me da la cabeza para medicina, que por eso me anoté en Enfermería”.*

Por otra parte, algunos estudiantes reciben apoyo incondicional por parte de su familia, ya sea por continuar con el “legado” de la familia enfermera o por ser el primero en la familia en seguir una carrera universitaria como:

Ramona (Alumna de tercer año - Grupo Focal): *“Mi familia está orgullosa porque soy la única de todos mis hermanos que pudo llegar a la universidad (...) de los doce que somos, cinco terminamos el secundario y los otros la primaria nomás, algunos ni primaria completa, mi mamá y mi papá están orgullosos, yo les digo que ya voy a terminar, que ya estoy en tercero y bueno, están todos orgullosos.”*

Liliana (Alumna Ingresante - Grupo Focal) *“(...) hacen un gran sacrificio (sus padres), porque ellos no tienen un trabajo fijo, además soy la única que va a estudiar (...), ellos tienen todas las esperanzas echadas en mí”.*

Marañón (4), en este sentido, plantea algo similar en lo obtenido en su trabajo, si bien en un primer momento observa un desprestigio y un reconocimiento social insuficiente, según lo manifestado por sus entrevistados, esta percepción social cambia luego de hacer uso de los servicios de Enfermería.

El lado escatológico de la Enfermería expresa y fundamenta, muchas veces, los sentimientos de desvalorización Antonella (Alumna de tercer año - Grupo Focal): *“(...) me paso la otra vez que estábamos haciendo los adornitos para Salud Pública (asignatura de la carrera) y le pedí a mi abuelito que me de cable, para hacer los arbolitos y me dijo “¿para qué es?” Y yo le dije, “no es para unos adornitos para la escuela” - “Qué escuela si Enfermería a lo único que se tiene que dedicar es a poner inyecciones y cambiar sueros (Soluciones parenterales)” y... yo me quede callada, para que le voy a explicar, ya es grande... dejo que la gente hable, solamente nosotros sabemos lo que pasamos.”*

Evelin (Alumna Ingresante – Entrevista Individual): *“Mi mamá es la única que me apoyó, porque mis otros familiares siempre me dijeron que no haga Enfermería, que es muy básico, es como si no estaría estudiando nada (...).”*

La construcción del ser enfermero desde lo social

La Enfermería vista por el grupo de pares

Al analizar la opinión de los amigos de los entrevistados, acerca de su decisión de estudiar Enfermería, en general se ven comentarios positivos, la mayoría es apoyado por su grupo de pares, es alentado a continuar estudiando hasta lograr obtener el título de enfermero universitario. Sin embargo, en segundo lugar, se posicionan los comentarios negativos como por ejemplo que *“Enfermería solo hace higiene”* y en tercer lugar *“es una profesión fácil”*.

La Enfermería vista por los demás profesionales

Continuando con las opiniones de terceros acerca de la profesión de Enfermería, los dichos de ambos grupos, ingresantes y alumnos de tercer año, coinciden en el punto de que los profesionales de la salud tanto médicos, kinesiólogos como nutricionistas, etc. ven a la Enfermería de dos maneras: una, como trabajadores miembros importantes del equipo de salud, valorando su labor; otra como una profesión *“básica”* (Ayelén, Alumna Ingresante).

Algunos entrevistados mencionaron que el rol del enfermero gira en torno a asistir a los demás profesionales.

Valeria (Alumna de tercer año – Entrevista Individual): *“Yo creo que piensan que somos sus esclavos, los ayudantes de ellos, que no valemos y que sólo estamos para ayudarlos (...).”*

Ivi (Alumna de tercer año - Grupo Focal): *“(...) ellos marcan la diferencia de desprestigio y nosotros a veces dejamos que eso pase”.* En referencia a los últimos fragmentos se puede observar cómo lo planteado por Montes Jiménez (6) no ha cambiado y por lo tanto continúa vigente aun 14 años después: *“La profesión médica ha delimitado el concepto y las tareas de la Enfermería hasta intentar hacer a esta una parte formal del trabajo del médico, o sea, la Enfermería como una parte subordinada de la división técnica del trabajo que rodea la medicina”.*

La importancia de la Enfermería en el Sistema de Salud

El discurso de Mari (Alumna de tercer año - Grupo Focal) devela un aspecto importante: *“Yo digo que es importante en el sistema de salud porque como dijeron la mayoría es la puerta de entrada, es como una madre que está ahí, cuidando a todos, está siempre cuando sucede la enfermedad, en el proceso y cuando sucede la muerte”;* al comparar el rol de Enfermería en el Sistema de Salud con la imagen de la mujer, de la madre.

A pesar de que, a ojos de los estudiantes, la Enfermería



representa un pilar de suma importancia en el sistema de salud, Montes Jiménez (6) plantea que aun cuando se han dejado atrás los tiempos en que la enfermera era poco reconocida, todavía...

“el enfermo no sabe que, ni quienes somos: lo mismo nos llama cuando se ha acabado el suero, que cuando no funciona la persiana, cuando le duele algo como cuando la televisión no se ve bien, cuando hay que retirarle la cuña como cuando necesita una cuchara... Desconoce nuestra función, desconoce nuestra importancia y por lo tanto solo agradece nuestra presencia y compañía (...).”

De la misma manera que los entrevistados manifiestan la importancia del rol de Enfermería en el Sistema de Salud, también expresan la sensación de desvalorización:

“Por ahí también es triste, porque nosotros somos los que estamos las 8 horas, todo el turno al cuidado del enfermo y viene el médico y le dicen tiene esto, esto y esto...y el paciente “gracias doctor”...y nunca un “gracias enfermera” cuando nos vamos...y es como que no valoran lo que vos haces los mismo pacientes” Elisa (Alumna de tercer año - Grupo Focal)

La desvalorización se acompaña de la precariedad laboral, desprotección social

“También somos los menos remunerados, es una carrera de corazón porque a pesar de que sabemos que no vamos a cobrar lo suficiente, nos gusta, queremos estar en eso.” Ceci (Alumna de tercer año - Grupo Focal).

Los campos de trabajo de la profesión de Enfermería
Para los estudiantes ingresantes entre las actividades que realiza el profesional enfermero en primer lugar: colocar inyectables, en segundo lugar: controlar la presión y controlar a los pacientes y en tercer lugar: realizar curaciones y controlar las soluciones parenterales de los pacientes.

Al respecto, Firpo (7) concluía su trabajo afirmando:

“Existe una correlación entre el tipo de actividades que realiza el personal de Enfermería y el entorno en el que se suministran los cuidados, ya que en forma explícita o implícita la mayoría representa la tarea asistencial en un ámbito hospitalario (...). No se dibuja al personal de Enfermería en el rol de educador, a pesar de que la actividad se desarrolló en un ámbito educativo y en una cátedra cuyos docentes eran profesionales”

Por otro lado, se observa claramente la diferencia con lo manifestado por los alumnos de tercer año, que llevan dos años de aproximación a la práctica enfermera en diferentes establecimientos de salud y que han formado una

imagen más clara del rol. En primer lugar se encuentra la educación para la salud, luego, compartiendo el segundo lugar, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, el apoyo emocional, las visitas domiciliarias y el control de peso y talla en centros de salud, a continuación la docencia como actividad enfermera y la valoración de los pacientes, en este aspecto vale la pena resaltar el uso de la diferente terminología, el “controlar pacientes” de los ingresantes y el “valorar pacientes” de los estudiantes de tercer año.

En última instancia se interrogó a los alumnos sobre actividades específicas de áreas como el centro de salud, el hospital, la docencia y la investigación.

■ En los Centros de Salud

Para estudiantes ingresantes: control de la presión arterial, colocación de inyectables y curaciones. Para estudiantes de tercer año: control de peso y la talla, inmunizaciones, educación para la salud y visitas domiciliarias. Este último grupo señala que la práctica en el centro de salud resulta ser más compleja que la práctica en hospital.

■ En Instituciones Hospitalarias

Para estudiantes ingresantes: higiene a los pacientes y el control de sueros (soluciones parenterales). Para estudiantes de tercer año: administración de medicamentos, realización de curaciones y la supervisión, siendo esta última la primera actividad que resalta como una actividad no asistencial.

■ En Investigación

Ambos grupos (ingresantes y de tercer año) tienen escaso conocimiento de este tipo de actividad en el campo de actuación del enfermero, llegando al punto de mencionar que Enfermería no puede realizar investigaciones, más aun, al momento de firmar el consentimiento de realización de la entrevista, se informó a los entrevistados que el presente trabajo es una investigación para la obtención del título de Licenciados en Enfermería, a pesar de esto, no pudieron mencionar actividades de investigación más que un escaso 1,5% que cree que se puede investigar causas de patologías varias.

■ En Docencia

Por último, haciendo referencia a la docencia, en ambos grupos, sobresalió la enseñanza a estudiantes como actividad de Enfermería propia del rol docente, lo cual demuestra como en el trabajo de Firpo (7), que se sigue visualizando a la Enfermería dentro de un ámbito hospitalario, realizando tareas asistenciales.



Resulta interesante lo manifestado por Ana (Alumna de tercer año – Entrevista Individual) sobre el docente universitario, quien, en algunos casos, no es identificado como enfermero si nunca trabajó en una institución hospitalaria, es visto como un profesor que enseña aspectos y temas de Enfermería, pero que no es enfermero porque no ejerció la profesión.

Ana (Alumna de tercer año – Entrevista Individual): *“Hay algunos docentes que son enfermeros, pero nunca trabajaron de eso ¿no?, así que no puedo decir que son enfermeros docentes, porque son docentes nomás, no son enfermeros, para mí. Yo siempre digo eso que para mí los docentes que no trabajaron nunca, son docentes, se van a los libros, y creen que de los libros pueden aplicar lo de los libros, pero no es así. Para ser enfermero docente tenes que ser enfermero y docente a la vez (...)”*

CONCLUSIONES

Del análisis de las entrevistas y de los antecedentes, se destacan las siguientes conclusiones:

A. CON RESPECTO A LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El 81% de los entrevistados corresponde a mujeres, con lo cual se puede afirmar que Enfermería continúa siendo una carrera donde predomina el sexo femenino y por lo tanto se la sigue asociando con la imagen de madre cuidadora, que vela por el bienestar de sus protegidos.

El rango de edad con mayor frecuencia fue de 17 a 24 años, el 65% corresponde a estudiantes de la provincia de Salta. Cabe resaltar que el 13% pertenece a comunidades originarias, prevaleciendo la comunidad Kolla.

Del porcentaje de alumnos que trabajan (30,16%), el 68% se corresponde a alumnos de tercer año, de este total (68%), sólo el 26% trabaja en un área relacionada con su formación (atención de pacientes en domicilio).

Del total de entrevistados, el 37% manifestó que influyó en ellos la orientación en la escuela secundaria, en su elección de la carrera.

Es importante resaltar el porcentaje de alumnos que de alguna manera prolongaron el cursado de sus estudios; si bien la carrera está pensada para ser concluida al cabo de tres años, el 70% de los alumnos permanece en la carrera por un periodo de cuatro a seis años.

B. CON RESPECTO A LAS PERCEPCIONES

Motivos de elección de la carrera

Entre os factores sobresalen: en primer lugar la falta de recursos económicos para estudiar otra carrera, en su

mayoría medicina; es necesario rescatar que un importante número de alumnos ingresantes además de realizar el curso de ingreso a la carrera de Enfermería se preparaban paralelamente para rendir el examen de ingreso a medicina 2016, en el hipotético caso de aprobar ese examen, dejarían de cursar Enfermería para ser alumnos de Medicina.

En segundo lugar la relación familiares enfermeros-estudiar enfermería, en la mayoría de los casos los parientes aconsejaba estudiar Enfermería por la rápida salida laboral o la corta duración del cursado; esto a su vez representa el tercer motivo de elección de la carrera.

La idea o percepción de lo que es enfermería Es de vital importancia diferenciar el significado de Enfermería que tienen ambos grupos de estudiantes, en base a la profundidad del conocimiento de la carrera que han adquirido, mientras que, para los estudiantes ingresantes, Enfermería está abocado a brindar ayuda a los demás, para los alumnos de tercer año, tras su aproximación con la profesión el concepto fue ampliándose, incluyendo otros aspectos como por ejemplo la responsabilidad, la empatía y la escucha activa. Otro aspecto importante a rescatar es el posicionamiento de Enfermería en las instituciones de salud, para los ingresantes Enfermería es la mano derecha del médico, resaltando esto como un aspecto positivo según su perspectiva; sin embargo, para los estudiantes de tercer año Enfermería debe salir de ese encuadre de subordinación y hacer uso de sus propias aptitudes, capacidades y conocimientos para ser revalorizada.

Las expectativas sobre la profesión

Los años de permanencia en la carrera, repercuten en las expectativas sobre la profesión, para algunos alumnos de tercer año es momento de iniciar su etapa laboral, relegando por un periodo la capacitación continua de su profesión o en la mayoría de los casos continuar con el cursado de la licenciatura en Enfermería y paralelamente trabajar. En contrapartida, los alumnos ingresantes se visualizan trabajando una vez obtenido el título de enfermero universitario.

C. CON RESPECTO A LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

La construcción de ser enfermero desde el entorno

La imagen de Enfermería para los familiares de los alumnos de tercer año fue cambiando, en algunos casos modificándose y en otros se amplió en cuanto a la visión del campo de actuación de la profesión. Esto fue producto del acercamiento de sus hijos, nietos, sobrinos a la carrera. El apoyo de los familiares hacia los jóvenes estudiantes en



muchas ocasiones estaba relacionado con el hecho de seguir una carrera universitaria, más que por estudiar Enfermería. La percepción de los familiares de algunos alumnos acerca de Enfermería, en ocasiones es de una profesión de bajo nivel académico, reducida únicamente a tareas asistenciales como colocar inyecciones o higienizar pacientes, por lo tanto, no compartían la decisión de elegirla.

La construcción del ser enfermero desde lo social

La Enfermería vista por el grupo de pares: las percepciones fueron varias, estaban aquellos que se sentían apoyados en su decisión y aquellos que recibieron críticas o burlas por esta, tales como “*vas a poner chatas*”, “*vas a limpiar culos*”, “*eso estudian los gays*”.

La Enfermería vista por los demás profesionales: Dos puntos de vista opuestos se pudieron diferenciar, mientras que algunos tuvieron buenas experiencias en sus relaciones con otros profesionales de la salud y sintieron que eran tomados en cuenta en la atención integral del paciente, otros vivieron en donde el enfermero se reducida a sólo asistir a los demás profesionales y en algunas ocasiones extremas, estos no le dirigían el saludo, profundizando de esta manera la sensación de subordinación.

La importancia de la Enfermería en el Sistema de Salud: La totalidad de entrevistados manifestó que Enfermería es de vital importancia para el sistema de salud.

Los campos de trabajo de la Profesión de Enfermería: La falta de conocimiento de la práctica enfermera por lo general lleva al común de la gente a relacionar al enfermero con actividades como la colocación de inyectables, la realización de curaciones o el control de la presión arterial y es esto lo que se pudo observar entre los alumnos ingresantes. Si bien, el transcurso de las pasantías hospitalarias les brinda a los estudiantes una visión más amplia de lo que realmente realiza el enfermero se pudo apreciar cómo, en su mayoría, los estudiantes de tercer año solo nombraron actividades de tipo asistencial.

Para finalizar y a modo de resaltar las diferencias encontradas entre los dos grupos de entrevistados con los que se trabajó, ingresantes y alumnos de tercer año, es necesario mencionar que en muchas categorías analizadas como: motivos de elección de la carrera, razones para estudiar Enfermería en la universidad, expectativas una vez finalizada la carrera, por mencionar algunas no se encontraron diferencias en los relatos, las opiniones son variadas y heterogéneas. La primera diferencia puede observarse en la percepción de lo que es Enfermería, para

un grupo, el de ingresantes, Enfermería es brindar ayuda a los demás, mientras que para los alumnos de tercer año adquiere otro sentido, el de responsabilidad. Esto puede relacionarse con el tiempo de pasantías hospitalarias/prácticas en terreno, que han pasado estos últimos, en la cual se les resalta continuamente el hecho de ser responsables de sus actos y que toda acción puede repercutir en la vida de un paciente. La segunda diferencia se puede valorar en el concepto de subordinación de la Enfermería hacia otras profesiones. Para los estudiantes ingresantes esto parece estar establecido institucionalmente y de alguna manera lo aceptan así, se visualizan como la mano derecha del médico, sin embargo, los alumnos de tercer año ven que esto es una realidad del ámbito sanitario, pero no lo aceptan, saben que es algo que debe cambiarse y que el profesional de Enfermería debe trabajar como un miembro más del equipo de salud, codo a codo con los demás profesionales. Más aún, al interrogar a los entrevistados sobre como creen que son vistos por los demás profesionales, los alumnos ingresantes perciben como positivo que el médico los vea como una ayuda para ellos, como su asistente, esto en cambio irrita a los estudiantes de tercer año que no sienten que ese lugar de asistentes sea para ellos. Como nota final es alarmante el hecho de que no se visualice al enfermero como docente o investigador, tanto en alumnos ingresantes y más aún en estudiantes de tercer año que están culminando su formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Soto Verchér, Mónica.** Enfermería. Modelo de Tesis de Grado para la formación superior. [Internet]. 2009. [actualizado 15 Sep 2011; citado 5 abr 2016]. Disponible en: <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Enfermeria-red.pdf>
2. **Rastro, L.** et al. Percepción de la imagen social de Enfermería entre los estudiantes del programa de Enfermería. *Revista Salud, Arte y Cuidado*. 2005. (3). 2: 4-13. Disponible en:
3. **Arakaki, J.** Significados y Concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010. Tesis Doctoral. [Internet]. 2010. [actualizado 15 Sep 2011; citado 5 abr 2016]. Disponible en:
4. **Marañón Arrecciado, A.** et al. Factores que influyen en la elección de los estudios de Enfermería. [Internet]. 2009. [actualizado 15 Sep 2011; citado 5 abr 2016]. Disponible en:
5. **Hernando Martínez, M.** Cofias y Manguitos. Un análisis descriptivo de las representaciones sociales de la Enfermería a través de los dibujos. Tesis Doctoral. [Internet]. 2012. [actualizado 15 Sep 2011; citado 5 abr 2016]. Disponible en:
6. **Montes Jimenez J.** La Enfermería, una breve aproximación sociológica: desde dónde y hacia dónde. *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y humanidades*. 2002. (11) 6: 30-39. Disponible en:
7. **Firpo, R.** Imagen Profesional: la representación social de la Enfermería desde la percepción de los alumnos ingresantes. *VEA*. 2011. (7) 26: 6-9. Disponible en:





HOW TO CITE

CHAÑI L.; ESCALADA L.A; SACCHI DE VAN DAM M.M.T y CHAVEZ N.U "Nursing social representation from the perspective of nursing career students at the National University of Salta, 2015-2016 period"; at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol.2 No.13, (71-81).

COMO CITAR

CHAÑI L.; ESCALADA L.; SACCHI DE VAN DAM M.M.T y CHAVEZ N.U "Representación social de Enfermería: la mirada de los estudiantes de la carrera, Universidad Nacional de Salta-2015-16" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol. 2 N° 13, (71-81).

Laura Belén de los Ángeles Chañi



El Artículo Actualiza

La investigación realizada permite conocer los imaginarios, la representación social de enfermería desde la mirada de los estudiantes de la carrera, analizar cómo este imaginario cambia a medida que se profundiza en el quehacer enfermero.

Laura Belén de los Ángeles CHAÑI y Luis Abel ESCALADA indagan sobre

¿Cuál es la representación social actual que existe en los estudiantes ingresantes, y cómo varía éste aspecto en alumnos que cursan el último año del primer ciclo de la carrera en la Universidad Nacional de Salta durante el periodo 2015-2016?

KEYWORDS

Social Representation, Nursing, Career Choice, Students

PALABRAS CLAVES

Representación Social, Enfermería, Elección Carrera, estudiantes





HOW TO CITE

CHAÑI L.; ESCALADA L.; SACCHI DE VAN DAM M.M.T y CHAVEZ N.U "Nursing social representation from the perspective of nursing career students at the National University of Salta, 2015-2016"; at *The Journal of the Faculty of Health Sciences (Arg)* 2019, Vol.2, No. 13, (71-81).



COMO CITAR

CHAÑI L.; ESCALADA L.; SACCHIS DE VAN DAM M.M.T y CHAVEZ N.U "Representación Social de Enfermería: la mirada de los estudiantes de la carrera, Universidad Nacional de Salta, 2015-16" en *REV. DE LA FCS (Arg)* 2019, Vol.2 N° 13, (71-81).

Luis Abel Escalada

Licenciado en Enfermería,
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Universidad Nacional de Salta
 (2016)

Residente de Enfermería
 con orientación en
 Salud Materno Infantil
 (2017-2019)

Jefe de Residentes
 de Enfermería
 con orientación en
 Salud Materno Infantil
 (2020)

El Artículo Actualiza

La investigación realizada permite conocer los imaginarios, la representación social de enfermería desde la mirada de los estudiantes de la carrera, analizar cómo este imaginario cambia a medida que se profundiza en el quehacer enfermero.

Laura Belén de los Ángeles CHAÑÍ y Luis Abel ESCALADA indagan sobre

¿Cuál es la representación social actual que existe en los estudiantes ingresantes, y cómo varía este aspecto en alumnos que cursan el último año del primer ciclo de la carrera en la Universidad Nacional de Salta durante el periodo 2015-2016?

KEYWORDS

Social Representation,
 Nursing,
 Career Choice,
 Students

PALABRAS CLAVES

Representación Social,
 Enfermería,
 Elección Carrera,
 estudiantes



REGLAMENTO

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa tiene como objetivo publicar trabajos **ORIGINALES** relacionados con las Ciencias de la Salud, Actividades de Extensión e investigación realizadas por profesionales del área de Ciencias de la Salud.

Nuestra publicación tiene una periodicidad anual, con un sistema de doble arbitraje en la cual cada Artículo Científico posee una doble evaluación en incognito con especialistas en el área. Con este sistema se preserva la identidad del autor ante el evaluador para que no posea implicancias, sino una mirada crítica y cuestione los diferentes enfoques y posicionamientos de la investigación.

Los evaluadores son internos o invitados externos a la FCS y son certificados por artículo evaluado. Los certificados llevan el Título del Artículo Publicado, el Año, Volumen y Número al que pertenece junto a la firma de la Decana/o de la FCS y el Secretaria/o de Postgrado, Investigación y Extensión al Medio en representación de la Comisión Editorial.

NUESTRAS SECCIONES SON:

INVESTIGACIÓN ORIGINAL: El trabajo debe contar con los siguientes apartados

El **RESÚMEN** no debe exceder las 350 palabras y contener los siguientes apartados: **INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS, METODOLOGÍA, RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, BIBLIOGRAFÍA** y 4 palabras claves en español (que faciliten la búsqueda en la web).

La escritura debe presentarse usando la fuente Arial 10, interlineado de 1,5 haciendo uso de Normas Vancouver con un mínimo de 15 páginas y un máximo de 20 páginas incluyendo gráficos, tablas o fotografías con la calidad de 300 dpi, del archivo en JPG. Respecto a las fuentes bibliográficas, deberán ser cómo mínimo 15 y máximo 20.

RELATOS DE EXPERIENCIAS, ENSAYOS: Es un trabajo de campo producto de experiencias, observacionales que mapean el trabajo en territorio, inédito o con antecedentes documentados en otros contextos.

El **RESÚMEN** no debe exceder las 350 palabras en español y contener los siguientes apartados: **INTRODUCCIÓN, DESARROLLO DEL TEMA, CONCLUSIONES,**

BIBLIOGRAFÍA y 3 palabras claves (que faciliten la búsqueda en la web).

La escritura debe presentarse usando la fuente Arial 10, interlineado de 1,5 con un mínimo de 15 páginas y un máximo de 20 páginas incluyendo gráficos, tablas o fotografías con un mínimo de 300 dpi de calidad, del archivo en JPG. Respecto a las fuentes bibliográficas, deberán ser cómo mínimo 15.

TESIS DE GRADO Y DE POSTGRADO: Es una síntesis de la Tesis, con una calificación superior a 8. El **RESÚMEN** no debe exceder las 200 palabras en español y contener los siguientes apartados: **INTRODUCCIÓN, DESARROLLO DEL TEMA, CONCLUSIONES, BIBLIOGRAFÍA** y 4 palabras claves (que faciliten la búsqueda en la web).

La escritura debe presentarse usando la fuente Arial 10, interlineado de 1,5 haciendo uso de Normas Vancouver con un mínimo de 15 páginas y un máximo de 20 páginas incluyendo gráficos, tablas o fotografías con calidad de 300 dpi, del archivo en JPG. Respecto a las fuentes bibliográficas, deberán ser cómo mínimo 15.

REVISIÓN: Es un artículo que recopila la bibliografía, registra los avances de investigaciones, experiencias en campo y conclusiones en el universo académico.

El **RESÚMEN** no debe exceder las 200 palabras en español y contener los siguientes apartados: **INTRODUCCIÓN, DESARROLLO DEL TEMA, CONCLUSIONES, BIBLIOGRAFÍA** y 3 palabras claves (que faciliten la búsqueda en la web).

La escritura debe presentarse usando la fuente Arial 10, interlineado de 1,5 haciendo uso de Normas Vancouver con un mínimo de 15 páginas y un máximo de 20 páginas incluyendo gráficos, tablas o fotografías con calidad de 300 dpi, del archivo en JPG. Respecto a las fuentes bibliográficas, deberán ser cómo mínimo 15.

NOVEDADES: son contempladas convocatorias, reuniones científicas, provenientes del Centro de Estudiantes, Colegios de Graduados y otras organizaciones e instituciones que se consideren de interés. La redacción debe presentarse en Arial 10, interlineado 1,5 pueden contener gráficos, tablas o fotografías con un mínimo de 300 dpi de calidad, del archivo en JPG.

ACTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL:

Información proporcionada por las distintas dependencias académicas y administrativas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, referidas

a las actividades de gestión, de extensión, docencia y capacitación del Personal de Apoyo Universitario. La redacción debe presentarse en Arial 10, interlineado 1,5 pueden contener gráficos, tablas o fotografías con un mínimo de 300 dpi de calidad, del archivo en JPG.

RESPECTO DE LA BIBLIOGRAFÍA Y LOS ARTÍCULOS EN OTRAS REVISTAS DEBEN SER RESEÑADOS

- a) Apellidos e iniciales de todos los autores (si son 7 o más, señalar sólo los seis primeros y añadir et al;
- b) Título completo del artículo,
- c) Abreviatura de la revista como está indizada en el Index Medicus;
- d) Año de publicación;
- e) Volumen en números arábigos;
- f) Números de páginas inicial y final.

Las unidades de medida deben corresponder al Sistema Internacional de Unidades.

TODOS LOS AUTORES

Además deberán enviar una Hoja Informativa del autor o autores, reseñando los grados académicos alcanzados, información relevante de participación, actividad que desarrolla en el presente. Acompañada con una breve reseña sobre el tema del Artículo y responder con la interrogante que inició el título del Artículo en cuestión. A modo de ejemplo los apartados a completar son:

El Artículo actualiza

El autor/a/as, indagan sobre

PÁGINA DE DERECHO DE AUTOR: Se enviará en hoja aparte, una solicitud para la publicación del artículo firmada por todos los autores. En la misma se debe dejar constancia en qué categoría presenta el trabajo. Se debe aclarar que los resultados no han sido publicados ni total ni parcialmente, ni ha sido enviado para su evaluación a otra Revista Científica.

Todos los manuscritos se someterán a una evaluación preliminar en la que se determinará si el artículo se encuadra en los objetivos, la política editorial y las normas de la revista. Cumplida esta instancia, el manuscrito se enviará a revisión por especialistas del área. Esta evaluación se realizará con el resguardo de confidencialidad correspondiente, para lo cual tanto los evaluadores como los autores desconocerán sus respectivas identidades. La Comisión Editorial informará al responsable sobre la aceptación o no del trabajo, las correcciones y sugerencias efectuadas por los revisores.

PROCEDIMIENTO DE PUBLICACIÓN

Enviar un e-mail a revistafsalud@gmail.com. Colocar en el asunto: Artículo Científico para la REVISTAFCS.

Indicar la sección a la que postula y adjuntar:

1-El archivo de word, con Arial 10, interlineado 1,5 y la estructura del artículo y el orden en función al contenido incluyendo Tablas, Gráficos, Diagramas o Fotografías (con un mínimo de resolución de 300 PPP) que ilustren el corpus del texto

2-Una hoja informativa que incluya los siguientes datos:

- a) Título de Grado:
- b) Título de Postgrado, Especialización, Maestría, Doctorado.
- c) Título Intermedio sí lo posee
- d) Participación en Eventos Académicos y Científicos
- e) Historial Docente
- f) Labor en Gestión Institucional o de Representación que desempeñe actualmente al momento de enviar el paper.
- g) e-mail de contacto

3-Foto Autoretrato a Color de la autora u atores (con un mínimo resolución de 300 PPP)

(Para saber cuántos PPP posee su fotografía debe hacer clic con el botón derecho del mouse y entrar en la sección de PROPIEDADES y hacer click en DETALLES.



Universidad Nacional de Salta