

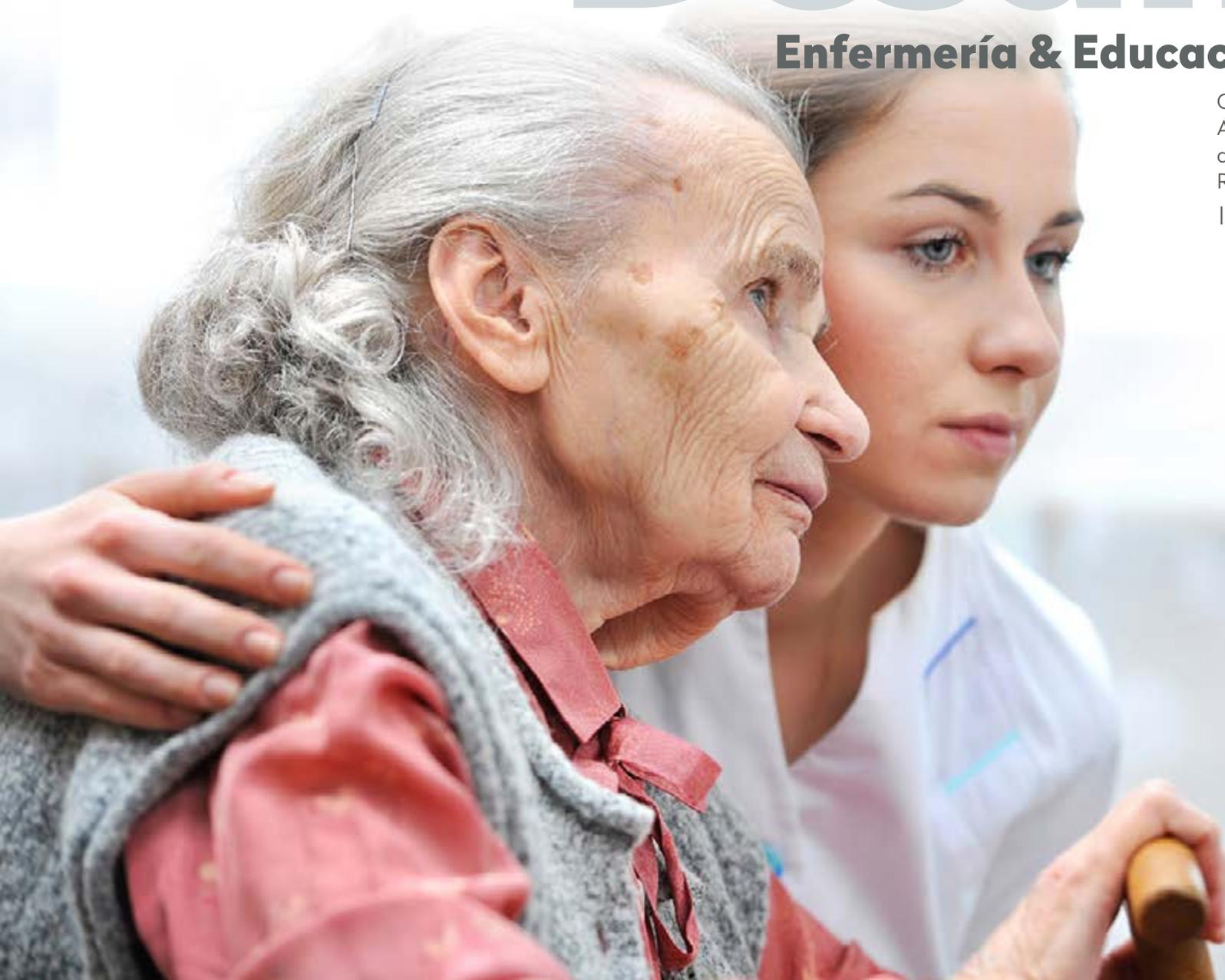
**Número 5**

Edición digital

# Desafíos

**Enfermería & Educación / Año 2016**

Organo de difusion Cientifica de la  
Asociacion de Escuelas Universitarias  
de Enfermeria de la  
Republica Argentina  
ISSN 2591-5436





ISSN 2591-5436

**Presidente**

**Mg. Ana María Heredia**  
Universidad Nacional de Quilmes

**Vicepresidente I**

**Lic. Rossana Lia Moyano**  
Universidad Nacional de Tucumán

**Vicepresidente II**

**Lic. Mirta Pirovano**  
Universidad Nacional de Córdoba

**Secretaria**

**Mg. Nieve Chávez**  
Universidad Nacional de Salta

**Pro- Secretaria**

**Mg. Rosa Esther Dinardo**  
Universidad Nacional de Santiago del Estero

**Tesorero**

**Lic. Ramón Álvarez**  
Universidad Nacional de Lanús

**Pro-Tesorerera**

**Mg. Susana Pryszazny**  
Universidad Nacional de Misiones

**Vocal I**

**Esp. María Margarita Rabhansl**  
Universidad Austral

**Vocal II**

**Mg. Laura Elena Lucas**  
Universidad Nacional del Sur

**Comisión Revisora De Cuentas**

**Mg. Dolores Latugaye**  
Universidad Austral

**Mg. Jorge Sabbadini**

Universidad Abierta Interamericana

**Lic. Marina Passinato**

Universidad Nacional de Entre Ríos

**Directores Editoriales**

**Mg. Ana María Heredia**  
Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

**Esp. María Margarita Rabhansl**

Universidad Austral, Argentina.

**Mg. Judit Figueira**

Universidad Adventista del Plata, Argentina.

**Lic. Ramón Álvarez**

Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

**Comité Editorial**

**Mg. Ma. Teresa Gonzáles**  
Universidad Austral

**Lic. Margarita Cerrota**

Universidad Austral

**Mg. Dolores Latugaye**

Universidad Austral

### **Comité de Referato**

**Mg. Cecilia Rossi**

Universidad Nacional de Rosario

**Mg. Judit Figueira**

Universidad Adventista del Plata

**Dra. Silvina Malvarez**

Universidad Nacional de Córdoba

**Dr. Pablo Sraccia**

Universidad Nacional de Mar del Plata

**Mg. Ana María Heredia**

Universidad Nacional de Quilmes

**Dra. María Cristina Cometto**

Universidad Nacional de Córdoba

**Mg. Gloria Montenegro**

Universidad Nacional de Misiones

**Mg. Ana María Heredia**

Universidad Nacional de Quilmes

**Lic. Ramón Alvarez**

Universidad Nacional de Lanús

**Mg. Gladys Paricia Robledo**

Universidad Adventista del Plata

**Esp. María Margarita Rabhansl**

Universidad Austral

**Lic. Susana García**

Universidad Católica de Cuyo

**Lic. Gabriela Felippa**

Universidad ISALUD

**Lic. María Inés Martínez**

Universidad Nacional de Catamarca

**Lic. Gloria Bonelli**

Universidad Nacional de Córdoba

**Lic. Jorge Rivero**

Universidad Nacional de Entre Ríos

**Mg. Susana Pryszazniy**

Universidad Nacional de Misiones

**Mg. Hector Stroppa**

Universidad Nacional de Río Cuarto

**Mg. Alejandra Chervo**

Universidad Nacional de Rosario

**Lic. Lucila Monzón**

Universidad Nacional de Rosario

**Mg. Rosa Esther Dinardo**

Universidad Nacional de Santiago del Estero

**Lic. Rossana Lia Moyano**

Universidad Nacional de Tucumán

**Lic. Fernando Gómez**

Universidad Nacional del Nordeste

**Mg. Nieve Chavez**  
Universidad Nacional de Salta

**Lic. Irene Simeoni**  
Universidad de Buenos Aires

**Lic. Marta Valero**  
Universidad Nacional de Cuyo

**Lic. Laura Celaya**  
Universidad Nacional de Mar del Plata

**Lic. Pedro Venegas**  
Universidad Nacional San Juan Bosco

**Lic. Muriel Ojeda**  
Universidad Nacional de la Patagonia Austral

**Lic. Marta Aliaga**  
Universidad Nacional de la Patagonia Austral

**Lic. Silvia Duarte**  
Universidad Nacional de San Luis

**Mg. Adriana Camio**  
Universidad Favaloro

**Lic. Victoria Rosso**  
Instituto Universitario Hosp. Italiano Bs. As.

**Lic. Sergio Santa María**  
Universidad Autónoma de Entre Ríos

**Mg. Laura Elena Lucas**  
Universidad Nacional del Sur

**Lic. Viviana Aguilar**  
Universidad Nacional del Centro

**Lic. Sandra Isabel Coria**  
Universidad de la Defensa

**Lic. José Molina**  
Instituto Universitario CEMIC

**Mg. Miriam Galván**  
Universidad Nacional de Avellaneda

**Lic. Marcelo Insaurralde**  
Universidad Nacional Arturo Jauretche

**Mg. Jorge Sabbadini**  
Universidad Abierta Interamericana

**Lic. Margarita Maldonado**  
Universidad Nacional de San Juan

**Lic. David Pagano**  
Universidad Nacional de La Plata

**Lic. Martha Torre**  
Universidad Nacional de Villa María

**Mg. Néstor Ravier**  
Instituto Universitario Italiano de Rosario

**Lic. Lucía Vera**  
Universidad Nacional del Litoral



ISSN 2591-5436

# Sumario

- 9 **Karken aike: Un espacio de tensiones entre mandatos culturales y expectativas emancipadoras... Aportes para el cuidado enfermero.**  
Acconcia, M. Laura - Blanco, Patricia  
Michniuk, Natalia.
- 17 **Pedagogía emocional en la formación de enfermería universitaria.**  
Celaya, Laura Adriana - Chaparro, Nélide Estela  
Vuotto, María Marcela.
- 23 **Reducción de complicaciones asociadas a la nutrición enteral mediante una intervención multidisciplinaria: el rol del enfermero en la unidad de soporte nutricional.**  
Salas, Miguel Ángel.
- 28 **De pasiones, sentimientos y emociones. Algunas reflexiones del cuidado enfermero a la luz de Descartes.**  
Blanco, Patricia.
- 32 **Derechos del paciente hospitalizado.**  
De SagastizabaL, Esteban - García, Roxana  
Raniti, Virginia B.
- 37 **El autocuidado que el personal de enfermería realiza con respecto a su salud cardiovascular**  
Koch, Patricia - Cavallo, Ana - Rojas, Rosana  
Vilca, Paulina.
- 44 **Atención de enfermería durante el postoperatorio de Trasplante intestinal. Experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro.**  
Rivera Cespedes, Liliana.
- 51 **Enfermería ¿Delega competencias?**  
Ortega Copa, Juan Ignacio.

# Desafíos

Enfermería & Educación / 2016

# Editorial

El 8 de Mayo de 2003, la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina, (AEU-ERA) presentó formalmente a la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) la solicitud para ser incluida en el art 43 de la Ley de Educación Superior. Luego de un largo proceso de marchas y contramarchas, intereses encontrados y desencontrados, y en el marco de políticas públicas alentadoras para la educación en general, en el año 2013, el Ministerio de Educación de la Nación determinó en acuerdo con el Consejo de Universidades, la inclusión de la carrera a la nómina de carreras de interés público (RM 1724/13), señalando que este título configura un caso típico de los previstos en dicho artículo, en la medida que una deficiente formación de los Licenciados en Enfermería compromete el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud de los habitantes.

La inclusión de la carrera en el art. 43, renovó nuestras fuerzas para avanzar hacia la definición de los estándares. Durante los años siguientes, en un ámbito democrático de participación, los representantes de las carreras de enfermería de universidades nacionales y privadas socias de AEUERA, intercambiaron ideas, miradas, formas de pensar la formación, a fin de establecer un documento con los parámetros comparativos necesarios para poder evaluarlas.

En el 2015, por Resolución Ministerial 2721 y con acuerdo del Consejo de universidades, se aprobaron los lineamientos para el título de licenciado. Actualmente la CONEAU

ha realizado la primera convocatoria a acreditación de las carreras de enfermería. Las carreras han formalizado su presentación y se están preparando para atravesar el proceso de acreditación a fin de certificar que han alcanzado estándares de calidad en cuanto a su formación teórica y práctica atenta a las actividades previstas que se espera realice ese profesional de "carrera regulada" cuando se gradúe.

Aquí quiero detenerme en varios aspectos que considero de suma relevancia. En primer lugar quiero señalar que el documento de los lineamientos que define los estándares refleja el trabajo colectivo de las escuelas socias, y es un documento construido por enfermeros. Es decir, conforma una decisión y una meta por hacer escuchar nuestra voz dándole visibilidad a nuestra profesión.

En segundo lugar quiero destacar que este proceso de acreditación sin duda marca un punto de inflexión en el campo de la formación de Licenciados en enfermería. Considero que su impacto, se asemeja al experimentado en la década del 50', cuando comienza la incorporación de la carrera en el ámbito universitario, o como en 1991 en que fue sancionada la Ley Nacional de Ejercicio Profesional n° 24.004, o como la década pasada hasta el 2015 en que enfermería ocupó la agenda pública de gobierno, y recibió financiamiento para mejorar las infraestructura y las condiciones necesarias para una formación de calidad. Lo que está en juego no sólo es la evaluación de una ca-

rrera como un fin en sí mismo, sino que va mucho más allá. Es el reconocimiento mutuo y respetuoso del recorrido histórico que cada institución ha realizado, es la apertura de cada universidad hacia los pares evaluadores, con la intención de mostrar los logros y los esfuerzos puestos, los objetivos cumplidos y los que aún están en marcha.

Me interesa aquí destacar que considero que el objetivo central de la evaluación de carreras no deberá estar puesto en la sanción "social", con el foco puesto en lo que le "falta", sino en el reconocimiento de "lo hecho" y la consideración de lo que aún está por hacerse.

Para finalizar quiero destacar la escucha y la posibilidad de intercambio con la CONEAU, quienes con absoluto profesionalismo nos han asesorado a partir de su vasta experiencia. También quiero hacer explícito mi agradecimiento a todos los rectores, decanos, secretarios académicos, directores de carrera, docentes y estudiantes que hicieron posible este logro. Mi reconocimiento también se hace extensivo a todas las presidentas de AEUERA que en este proceso de lucha me antecedieron con la misma convicción.

*Mg Ana María Heredia  
Presidente AEUERA*

# KARKEN AIKE:<sup>1</sup> UN ESPACIO DE TENSIONES ENTRE MANDATOS CULTURALES Y EXPECTATIVAS EMANCIPADORAS...APORTES PARA EL CUIDADO ENFERMERO<sup>2</sup>

---

## **Autores:**

**Acconcia, M. Laura**

*Universidad Nacional de la Patagonia Austral  
Unidad Académica de Río Gallegos*

**Blanco, Patricia**

*Directora de la Escuela de Enfermería Universi-  
dad Nacional de la Patagonia Austral. Unidad  
Académica Río Gallegos.*

**Michniuk, Natalia**

*Universidad Nacional de la Patagonia Austral  
Instituto de Educación y Ciudadanía.*

## **Contactos:**

[mlaconcia@hotmail.com](mailto:mlaconcia@hotmail.com)

[licblancopat@yahoo.com.ar](mailto:licblancopat@yahoo.com.ar)

[nataliamichniuk@yahoo.com.ar](mailto:nataliamichniuk@yahoo.com.ar)

---

1. En tehuelche: Espacio de la mujer

2. Esta experiencia se enmarca en el Proyecto de Investigación: La educación popular, una alternativa político-pedagógica para la problematización y transformación de nuestras prácticas. Sistematización participativa de experiencias educativas y socio-comunitarias en la ciudad de Río Gallegos.

## **Resumen**

La experiencia de la que daremos cuenta tiene lugar dentro de un trabajo comunitario llevado a cabo con un grupo de mujeres del barrio Bicentenario de Río Gallegos (Santa Cruz, Argentina), a partir de la demanda de abordar la violencia doméstica y cuestiones vinculadas a su salud sexual y reproductiva, agravadas por sus condiciones concretas de existencia como desempleo, bajo nivel educativo, viviendas muy precarias con espacios de hacinamiento, entre otras.

Los procesos vivenciados en este espacio de reflexión donde se propicia la recuperación del legado cultural, el cuestionamiento de los mandatos que encierra y que configuran la dinámica familiar -particularmente la de la mujer- se encuadran dentro de una investigación acerca del cuidado enfermero y la salud de las mujeres, desde la perspectiva de la investigación acción participativa (IAP) vinculada a la educación popular (EP).

En este trabajo daremos cuenta tanto de la dinámica propia del proyecto Karken Aike, como de los contenidos que emergen y se sustentan en cada encuentro. Analizaremos algunos testimonios y reflexiones que ilustran el pasaje de cuestiones meramente descriptivas de la situación inicial de las mujeres de este grupo, a instancias más dinámicas que permiten visualizar indicios de cuestionamientos, toma de conciencia, necesidad de superación de aquello vivenciado como opresor y de las estrategias concretas de sostén solidario diseñadas por este colectivo. Finalmente estas reflexiones permitirán sistematizar aportes que afiancen el cuidado enfermero comunitario -sobre todo en sectores vulnerables- como una praxis crítica y política.

## Introducción

La experiencia que vamos a compartir surge de un trabajo comunitario llevado a cabo con un grupo de mujeres del barrio Bicentenario de Río Gallegos, a partir de la demanda de trabajar la violencia intra familiar y cuestiones vinculadas a su salud sexual y reproductiva.

El grupo nace frente a la necesidad de estas mujeres de contar con un espacio propio en el que puedan encontrar contención y tratar allí los temas relacionados a las patologías sociales<sup>3</sup> que las atraviesan, principalmente aquellas relacionadas a la violencia de género con las consecuencias que esto acarrea sobre su salud sexual, agravadas por las condiciones concretas de existencia (desempleo, discriminación, sometimiento, bajo nivel educativo, viviendas muy precarias con espacios de hacinamiento, etc.).

El vínculo se inicia a través de M. (quien en ese momento presidía la Junta Vecinal, que más adelante se disolvería) por mediados del 2012. En visitas periódicas al barrio en las que acercábamos diversos elementos necesarios para cubrir algunas carencias materiales tales como ropa, frazadas y alimentos, M. nos transmite la inquietud que siente respecto de las situaciones de violencia intra familiar. Tal solicitud fue redefiniendo nuestra intervención, la que pasó de acciones solidarias puntuales a la elaboración

---

*3. Podemos definirlos como lo que enferma, oprime, en la sociedad. No lo vinculamos a situaciones del orden biológico prima fase, sino a aquellas que surgen por condicionamientos socio-económicos, políticos-culturales, como ser el género, a distintos problemas sociales que afectan a la salud y al bienestar de la persona, pobreza, desorganización familiar, otros.*

de un proyecto más estructurado y continente, que promoviera y sistematizara la participación de este colectivo, y permitiera ayudar de una forma operativa a estas mujeres en otro tipo de cuestiones, como las relacionadas a la violencia y su salud sexual, construyendo entre todas un conocimiento propio. Estos intercambios dieron lugar al surgimiento de Karken Aike (en tehuelche: Espacio de la Mujer) nombre que identifica a este grupo que se reúne regularmente en el Barrio Bicentenario desde abril de 2013.

Las visitas entonces adquirieron una frecuencia más sistematizada, y dado que quien coordinaba (y aún coordina) los sucesivos encuentros es docente de la cátedra Enfermería en la atención de la salud de la mujer, la madre y el niño, de la Licenciatura de Enfermería, se comenzó a pensar en un primer objetivo como el de la promoción de la salud desde una mirada holística, a la vez que interpelar el cuidado enfermero, problematizándolo y contextualizándolo en ambientes de vulnerabilidad social, teniendo en cuenta los principios de la educación popular. El equipo de educación popular de la Unidad Académica Río Gallegos se integra a esta experiencia dando lugar a un proyecto de investigación acción participativa, que permita compartir saberes y generar nuevos, problematizar las prácticas que en materia de salud sexual y reproductiva tienen lugar en este grupo, reflexionar sobre el cuidado enfermero produciendo nuevos conocimientos.

Este cuidado enfermero entendido como interacción intersubjetiva entre el profesional y la comunidad, supone diálogo y construcción de significados compartidos en un marco de respeto, donde no se pretende irrumpir

agresivamente en la realidad sino dejarla fluir, problematizarla y generar espacios de reflexión para intentar transformarla, no pensando "para quién", sino "con quién". Aquí irrumpe con fuerza la educación popular entendiéndola –en palabras de Iglesias (2003)– como la manera en que juntos nos vamos apropiando críticamente de esa realidad, cómo vamos produciendo nuevos conocimientos y operando activamente en la realidad para transformarla.

En este sentido y siguiendo las palabras de Tato Iglesias, hay que tener en cuenta que el conocimiento popular se forma en la relación cotidiana del pueblo con la realidad, es así que tanto el científico, como el político o el intelectual que trabaje sobre la misma, deberá dominar el conocimiento científico, para, a través del diálogo –única forma de romper la relación del que sabe con el que no sabe– poder "ayudar" al oprimido a conocer mejor lo que ya sabe y, juntos, poder producir nuevos conocimientos (Iglesias; 2003:20). No debemos olvidar desde dónde nos posicionamos en nuestra praxis. Pensarnos como intelectuales críticos, nos invita a reconocer el carácter histórico y político del conocimiento, que no es neutral ni mucho menos objetivo. Estas características son constitutivas también de la realidad social a la cual no sólo pertenecemos, sino en la que intervenimos desde nuestro posicionamiento como académicos activistas que intentamos ser.

Es en este contexto, y a partir de los intercambios con este colectivo, que se fue delineando el problema de investigación estructurado sobre estos interrogantes:

¿Cómo se construyen los cuidados enfermeros en una comunidad?

¿Qué habilidades deberán desarrollar los profesionales de la Enfermería para poder intervenir adecuadamente en cuestiones relativas a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, en algunas ocasiones atravesadas por violencia de género?

¿Qué saberes o significados del grupo con el que se interactúa son necesarios conocer para poder planificar estos cuidados?

¿Qué aportes brindará la Educación Popular (EP) para la reflexión crítica de los saberes y prácticas de los enfermeros y de los sectores comunitarios con los que interactúan?

¿Qué aportes en la mejora de la calidad de vida podrán brindar los cuidados enfermeros, teniendo en cuenta los códigos culturales?

¿Qué tipos de cuidados enfermeros se pueden brindar a las mujeres de Karikari en relación a los problemas planteados?

## Acerca del “cuidado enfermero”

Desde la vertiente filosófica y epistémica, se fue estructurando el cuerpo de conocimientos que distingue a la disciplina enfermera, proporcionando mayor comprensión a su territorio de actuación: “el cuidado”.

La naturaleza del cuidado es tan antigua como la propia existencia del ser humano, ya sea por preservar la vida o por alcanzar mejores condiciones de existencia. El cuidado estaba presente en la cotidianidad, desde una categoría de género al hombre (varón) se le asignaba un tipo

de cuidado y a la mujer otro. Este más relacionado con la cuestión doméstica, la familia, el entorno más próximo.

Desde mediados del siglo XX, ancladas en los principios señalados por Florencia Nightingale, enfermeras investigadoras contribuyeron a esclarecer la naturaleza de la disciplina, y su campo de acción. Coinciden en que el objeto de la praxis enfermera es el cuidado (to care) en contraste con el objeto de otras profesiones de la salud orientadas a curar (to cure). Para curar se necesita conocer mucho acerca de las enfermedades, para cuidar se requieren profundos conocimientos de la persona, de su experiencia en relación a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Al respecto, y anclándonos en la necesidad de conocimiento del otro (en tanto sujeto social), compartimos una definición de educación popular que afirma que:

*“(...) el punto de partida lo constituye la combinación de un triple diagnóstico: por un lado, el reconocimiento sistemático de la realidad objetiva, contextual, en la que el grupo u organismo vive, actúa y/o realiza su acción. Esta realidad abarca desde el ámbito más inmediato, más cercano y más “vivido”, hasta aspectos que la afectan, pero que no son quizás percibidos en una primera fase; son aspectos de la realidad, que independiente del grupo, influyen sobre el mismo. Obtener un diagnóstico, es decir un reconocimiento objetivo y sistemático, produce un primer distanciamiento de la misma realidad tantas veces vivida y sufrida, pero nunca vista objetivamente ... Analizar las acciones, espontáneas u organizadas que el grupo realiza para transformar su medio y el sistema en general, es un segundo diagnóstico que forma parte del “punto de*

*partida”... por último, este accionar, consciente e intencionado o inconsciente o menos intencionado y espontáneo, obedece de hecho a una interpretación de la realidad social y a una intención frente a ella (...)” (Núñez; 1996:61)*

Leininger(1978) introduciéndose en la Antropología y luego de haber estudiado la transculturalidad de los cuidados enfermeros, afirmó que la enfermería como disciplina práctica desarrolla estos cuidados en base a los conocimientos transculturales aprendidos por la observación de la estructura social, la cosmovisión del mundo, los valores, el lenguaje y los contextos del entorno de los diversos grupos culturales.

Se toma para el desarrollo de este trabajo los tres principios de cuidado enfermero que Leiningerdesarrolló teniendo en cuenta la coherencia cultural, de la cual hacíamos referencia anteriormente. Estos son:

- La conservación o mantenimiento de cuidados culturales, es decir, de actividades de asistencia y de facilitación basadas en la cultura de la persona y que mantienen su salud y su estilo de vida en un nivel adecuado.
- La adaptación o la negociación de cuidados culturales, es decir, de actividades de asistencia y de facilitación adaptadas, negociadas o ajustadas a la salud y al estilo de vida de la persona.
- La remodelación o reestructuración de cuidados culturales, actividades orientadas a ayudar a la persona a cambiar sus hábitos de vida, de forma que los nuevos hábitos sean significativos para él.

Con estos principios Lenninger se anima a realizar una categorización de los cuidados, con el siguiente análisis:

- Cuidado genérico son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y al desarrollo de la condición humana.
- Cuidados profesionales son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos, cognitiva o culturalmente, que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.
- Cuidados profesionales enfermeros son aquellos modos humanísticos y científicos - aprendidos cognitivamente- de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados (modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte).

Es entonces el cuidado desde el punto de vista disciplinar, el objeto del conocimiento de la Enfermería y su distintivo de otras disciplinas del campo de la salud. Este cuidado culturalmente sensible, apropiado y competente, es el que está habilitado para conocer las complejas necesidades de salud de los sujetos, que incluye el conocimiento de su cultura, el contexto, la situación que atraviesa ese sujeto(s); se podría decir también que es revolucionario en tanto que apuesta por la inclusión de soluciones brindadas por ambas caras de la moneda: la enfermería-la comunidad. Revolucionario también ya que intenta desde un pensamiento crítico romper con aquello que cada vez más evidentemente está sirviendo para aislar y alienarnos, como son los cambios de esta sociedad plural y global y las tradiciones científicas

hegemónicas que no inocentemente desechan u obstaculizan otras formas de construir cuidados, en la que los protagonistas sean los propios actores sociales.

Al respecto, consideramos importante poder compartir parte de algunos diálogos producidos en los encuentros, a partir de una experiencia concreta de una de las participantes de KarkenAike, donde se puede observar cómo el propio grupo es el que va orientando, acompañando la problemática de C.

C. es mamá reciente, re-siente esa maternidad temprana. Sin embargo quiere volver a la escuela:

*“No tengo útiles, por eso no empecé este año”<sup>4</sup>. Desde la coordinación nos comprometemos a ver qué se puede hacer para conseguirle y acercarle esos útiles (cuestión que termina resolviéndose mediante una fundación vía una facilitadora) C. cuenta que su compañero empieza a trabajar y que mandarán al bebé a la guardería de poder ella ir a la mañana. Se charla en el grupo a partir de esta problemática, sobre la planificación familiar, sobre las grandes posibilidades de que una mujer que no vuelve a la escuela cuando tuvo a su bebé, es muy probable que vuelva a quedarse prontamente embarazada. Otra compañera -O.- cuenta que su hija al terminar la secundaria quedó embarazada y “se quedó ahí...”*

Otro martes nos preocupamos todas de volver a preguntarle a C. sobre lo que había pasado, si había o no empezado la escuela, y nos cuenta que no aceptaron el bebé en la guardería y que por esa razón no pudo empezar. Ante esta

4. KarkenAike- Río Gallegos, Barrio Bicentenario 25/03/14

situación todo el grupo empezó a pensar en estrategias para ayudarla a resolver la situación; la coordinadora pregunta cuáles son las ideas que podemos darle para ayudarla y se propone un torbellino de ideas y alternativas.

Ante este ejemplo concreto se aprovechó para poder charlar más allá de C. y su situación, y retomar el tema de la planificación familiar, donde todas opinaron sobre lo que implica, quiénes son/somos los/las que deciden/decidimos acerca de tener o no hijos, sobre lo que implica tener hijos o no tenerlos, abriendo uno de los ejes centrales del taller a trabajar durante varios encuentros.<sup>5</sup>

La educación popular toma las expresiones de la realidad como punto de partida del proceso de transformación, es por ello que lo cotidiano, los aspectos sociales, económicos, los valores y formas culturales, las creencias, etc. tienen que ser considerados, pues son la realidad única que existe (Núñez; 1996; 15). Las realidades de las mujeres de KarkenAike son compartidas al calor de las estufas eléctricas y de los calentadores de garrafas, entre risas y emociones, entre mates y las corridas de los niños; es conociendo y haciendo conscientes las manifestaciones de esas realidades que podemos llegar a pensar en problematizarlas. Es así que esta acción transita en un espacio donde el “cuidado” es prioridad, donde *“todas aportamos desde nuestros lugares”; “donde nos sacamos el stress”, “donde estamos tranquilas”, “donde compartimos experiencias”, “donde te relajás, das y escuchás opiniones que hacen mucha falta como mujer...es algo lindo...es un cable a tierra”*<sup>6</sup>

5. KarkenAike- Río Gallegos, Barrio Bicentenario 08/04/14

6. *Ibidem*, 18/03/14

Al respecto, Tato Iglesias (2003) aporta afirmando que hoy más que nunca, en América Latina y en Argentina, en cualquier tarea que se quiera emprender, comprometida en una actitud crítica hacia el sistema es imprescindible partir de la realidad. Es sólo a partir de ella que puede iniciarse el proceso de cambio. No escapa a esta postura la perspectiva asumida por un cuidado enfermero crítico, permeable a la realidad con la interactúa y atento para interpelarla/se en miras a constante reflexión transformadora.

## **Pensando la salud. Consideraciones generales y aportes desde la Educación Popular**

La salud constituye un proceso histórico, social y esencialmente político, es el resultado de los estilos y condiciones de vida de pueblos y está determinada y condicionada por numerosos factores. Es un proceso social en sí misma y a su vez resultante de dicho proceso.

El concepto de salud ha ido evolucionando históricamente dependiendo de las condiciones socio-culturales de la humanidad: explicaciones mitomágicas, religiosas, científicas. Todas las sociedades ponderan la salud como un bien cuya conservación y recuperación es de vital importancia. Sin embargo, no existe un único consenso para definirla, ya que en este constructo intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores, lo que da un carácter dinámico al concepto, independientemente a las contradicciones o tensiones que conviven en el constructo. Aún seguimos intentando definir qué

es salud, si acordamos que los diversos enfoques evolutivos del concepto influyen en su modo de entenderla, conservarla y recuperarla.

Actualmente, la concepción dominante de salud en la Argentina parece que está corriéndose de aquella elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, la definía como "un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad", definición que en su momento supuso un gran avance, pero que hoy constituye una definición no operativa y claramente utópica. La línea que hoy está identificando a la Argentina, concibe a la salud como un resultante individual y colectivo de factores personales y socio-culturales que sitúan a los individuos en un medio determinado. El aspecto socio-cultural de la salud enunciado en la nueva Ley de Salud Mental, postula que para estudiarla debemos investigar el ambiente socio-cultural en la que esta se desarrolla. De esta manera, se considera pensar la salud no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más de la vida cotidiana.

Hay modelos conceptuales enfermeros que se aproximan más en su pensamiento al concepto anteriormente mencionado. Por ejemplo, Leininger (1999) define la salud como creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas. Es así que pensamos la salud como ese grado de bienestar físico, psicosocial que una persona puede experimentar y generar en los demás, tanto en el presente como en un futuro previsible dadas sus circunstancias físicas, psíquicas, sociales y culturales.

Resulta interesante resaltar dos conceptos aquí mencionados: se habla de previsibilidad y de circunstancias. Es decir que si se estudian unas, se pueden planificar otras. Reconocer, reflexionar y actuar sobre las circunstancias puede orientar un futuro previsible. Sin dudas son las circunstancias quienes muchas veces siguen potenciando las desigualdades; salud y enfermedad no se distribuyen aleatoriamente entre las personas, menos aún entre mujeres y hombres, niñas y niños. El abordaje de la salud desde la perspectiva de un cuidado enfermero anclado en principios de la Educación Popular implica escuchar, reconocer valores, estándares, perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo, de cultura a cultura, conocer y reconstruir experiencias, sensaciones subjetivas y personales que dan significado a esta concepción de salud.

Esta cotidianeidad de la salud desde la perspectiva de abordaje que proponemos, supone desde la EP establecer un diálogo con ella, problematizar las prácticas cotidianas que la atraviesan, los preconceptos y mandatos culturales que la condicionan y configuran. Asimismo se podrán hacer conscientes algunos procesos históricos-sociales de producción y reproducción de concepciones y prácticas hegemónicas de salud en los que surgen o se presentan tensiones, conflictos que motivan acciones o reflexiones a fin de lograr o alcanzar una transformación de esta realidad.

Tomando a Freire como uno de los referentes más importantes del campo de la EP, recordamos que fue él quien nos habló sobre los proyectos liberadores, "biofilicos" a contraposición de aquellos opresores, "necrófilos". La praxis lleva necesariamente a la vida, a la reflexión activa, comprometida

sobre la práctica. Si somos sujetos hacedores de nuestra historia, si nos posicionamos como sujetos políticos, la transformación de esa realidad que se nos presenta injusta es posible.

En su dimensión política la educación popular también contribuye a reconocer que el contexto condiciona pero no determina, si el sujeto (mujer) es consciente de la realidad en la cual está inserto puede llegar a transformar lo que lo enferma, lo limita, lo reduce. Desde esta perspectiva se trabaja en Karken Aike, promoviendo la reflexión en vistas de intentar transformar aquello que se presenta como opresor, promoviendo la desnaturalización de las situaciones problemáticas que las mujeres de KA viven y la búsqueda conjunta de estrategias para su superación. Asimismo se trabaja para que este colectivo sea tan participante como la investigadora que "las mira", en el camino de construcción de conocimiento colectivo, conocimiento crítico, conocimiento de ruptura, de superación de lo dado, proponiendo cursos de acciones transformadoras.

El siguiente comentario de una de las integrantes que explica a una mujer que recién se integra qué es KarkenAike, refleja los avances del grupo:

*"Hablamos cuestiones de mujeres lo que nos pasa a nosotras, este lugar se llama KarkenAike, le pusimos nombre, contamos lo que querramos. es un lugar donde esperamos que entre todas podamos ayudarnos y crecer.*

*Estamos hablando del maltrato en la vida de las mujeres y como a veces damos como natural lo que no es.*

*Cuáles son nuestros derechos, y qué actitudes podemos tomar, porque a veces conocemos pero tenemos miedo, al mundo que se viene contra m... tengo que seguir caminan*

*do normalmente. A veces nos sentimos débiles para tomar otro camino. Por eso mejor me callo y hago"*<sup>7</sup>.

## Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer desde una perspectiva de género

La salud de la mujer está relacionada directamente con las condiciones, modos de vida, la subjetivación<sup>8</sup> de ese ser, y como propone Samaja (2007) de innumerables procesos de vida como lo son las formas individuales de apropiación de lo biológico, de lo familiar, de lo comunal, de lo social y de lo político. Es así que sus comportamientos, expresiones, emociones, están determinados por su ser social, y por la complejidad de la vida en la que ellas ponen en juego el modo en que se apropiaron de su salud.

Considerar al género y su implicancia en la SS y R de la mujer, nos permite analizar y comprender cómo se construyen las identidades y el posicionamiento de la mujer y de los hombres frente a ella. La identidad se presenta entonces no entendida como un conjunto de cualidades predeterminadas -raza, color, sexo, clase, cultura, nacionalidad, etc.- sino una construcción nunca acabada, abierta a la temporalidad, la contingencia, una posicionalidad relacional sólo temporariamente fijada en el juego de las diferencias. (Arfuch; 2002:21). Siguiendo con los aportes de Stecher,

<sup>7</sup> Ibidem 9/11/2013.

<sup>8</sup> Coincidimos con Castells cuando afirma que los sujetos no son individuos, aun cuando estén compuestos por individuos. Son el actor social colectivo mediante el cual los individuos alcanzan un sentido holístico en su experiencia (Castells; 2003:32).

Godoy y Díaz, coincidimos en la afirmación de que:

*"(...) Las identidades personales suponen siempre las identidades colectivas, es decir, los individuos siempre definen lo que son a partir de reconocer su pertenencia a ciertos colectivos o categorías sociales con las que se identifican. De allí que responder a la preguntas de quién soy, quién quiero ser y cómo quiero que me reconozcan, implica necesariamente la referencia a un conjunto de colectivos - como la profesión, la religión, el partido político, la nación, el barrio, la etnia - con los que el sujeto se identifica y que operan como espacios de pertenencia y fuentes de sentido (Larraín, 2001 en Schwarstein y Leopold ; 2005:89).*

El género nos habilita pensar en aquellas desigualdades que hoy aún persisten, conocerlas, identificarlas, analizarlas y reflexionarlas críticamente, para poder intentar transformarlas. Acordamos con Zaldúa (1999) quien define al género como " (...) el conjunto de características social y culturalmente construidas que permiten definir y distinguir lo masculino de lo femenino en las diferentes culturas, equivalente a una red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a la mujer del hombre a través del proceso de construcción social (Zaldúa; 1999, 8-9). Mujeres y hombres tienen diferencias biológicas claras, diferentes órganos genitales externos e internos, distinta distribución del vello corporal, diferencias hormonales, etc, pero esas diferencias biológicas no implican que hombres y mujeres adquieran ciertos roles como una consecuencia biológica natural aunque continua fuertemente el pensamiento patriarcal en la dominación masculina impactando en la salud de la mujer.

Al revisar los programas, planes que tratan sobre la salud de la mujer, se denota una atención fundamentalmente biologicista. Observamos cómo los contenidos de los programas de salud eluden aspectos psico-sociales

Por ejemplo, la sexualidad es tratada dentro de los programas de atención a la mujer como anticoncepción, atención a la mujer embarazada o prevención de enfermedades de transmisión sexual. Pero la sexualidad es mucho más que eso. ¿Dónde se aborda el tema del placer? ; ¿por qué se medicalizan los problemas sociales de la mujer como, por ejemplo, el climaterio? ¿Se toman en cuenta los estereotipos de género para hacer visibles las diferencias de los condicionantes de la salud de mujeres y hombres?, ¿cómo afecta la doble jornada laboral (prolongar las horas de trabajo produce alteraciones en los niveles de cortisol y adrenalina, lo que hace que éstas mujeres no descansen bien, estudiado por Lundberg y Frankenhauser ((1998)) en la manifestación de la sexualidad?

El acoso sexual en el trabajo y los abusos sexuales en la infancia, así como la violencia psicológica o física en las relaciones personales, suponen causas ocultas del enfermar de las mujeres, difíciles de identificar si no se está entrenado para hacer el abordaje necesario desde el equipo de salud. Si las quejas de una mujer en atención primaria se confunden con problemas psicósomáticos, antes de ser investigadas, o se tratan con psicofármacos sin ser diagnosticadas, tampoco existe igualdad de oportunidades. ¿Existe más depresión y ansiedad entre mujeres o existe una cierta inclinación a ayudar a soportar las desigualdades y el papel de eternas cuidadoras a las mujeres haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos?

Entonces hablar de salud de la mujer, pareciera estar claramente vinculado con el enfoque reproductor, el cuerpo humano se estudia como entidad única desde un paradigma androcéntrico, solo se hace la diferenciación al cuerpo femenino en su aspecto sexual y reproductivo contemplando la sexualidad sólo como medio para la reproducción.

Al respecto, Velasco (2006) menciona el "hecho que la salud de la mujer ha sido estudiada casi exclusivamente con referencia a su anatomía y fisiología reproductiva, el cuerpo de la mujer es básicamente un cuerpo para la reproducción y enfatiza la significación de la expresión "vaciar" para referirse a la anexohisterectomía, una mujer sin útero ni ovarios es una mujer vacía de contenidos..." (Velasco; 2006,36)

Debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud. La salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Así, por ejemplo, las mujeres y niñas son más vulnerables a infecciones de transmisión sexual ya que tienen mayores factores biológicos predisponentes al contagio (mayor superficie mucosa expuesta que el varón, éste transmite a la mujer mayor cantidad de fluidos que a la inversa, la carga viral es mayor en el semen que en el fluido vaginal, durante la relación sexual son mucho más probables las micro lesiones en la mujer que en el hombre), también lo son a las situaciones de Violencia Intra Familiar, abuso sexual, mortalidad materna ocurrida durante los procesos de gestación, parto, alumbramiento, puerperio, a las discapacidades originadas por estos sucesos, entre otros.

La OMS (2013) señala que algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres y niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel posible de salud son:

- *Las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres;*
- *Las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo;*
- *La atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y*
- *El padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.*

La pobreza es un importante obstáculo para la obtención de buenos resultados sanitarios en ambos sexos, pero tiende a constituir una carga más pesada para las mujeres y niñas. Ser pobre significa mucho más que no tener dinero para cubrir las necesidades básicas del vivir. La pobreza es ese camino que lleva sin atajos a la precarización laboral, la disminución de la escolarización, el aumento de los embarazos adolescentes, los no planificados, las infecciones de transmisión sexual, entre otros. El círculo se potencia, la pobreza reproduce más pobreza. Las embarazadas que presentan anemia (por desnutrición), gestan hijos con menores posibilidades de desarrollo y que al nacer ya tienen factores adversos que probablemente se profundizarán durante su vida, quizá sin darnos/se cuenta crezcan con sus vidas hipotecadas, sin proyectos a largo plazo, sin poder pensarse estudiante, trabajadora, emprendedora, sólo verse como "criadora, ama de casa, inscrita en algún plan subsidiado por el estado." Esto surge de un registro del año pasado hecho a una de las integrantes de KA:

### **Y Vos cómo te ves de acá a unos años?**

*"Yo me veo como mamá. Estar en la casa con las cosas de la casa y si tengo suerte anotarme y que me salga alguna ayudita del Ministerio, aunque cada vez se ponen más duros para darte algo"*

**, por ejemplo no pensaste en estudiar algo que te guste?**

*(Risas) No ya se me pasó el tiempo para estudiar, terminé la primaria, yo tuve que trabajar desde chica, en el campo, con las cabras, teníamos que trabajar así no más, no había para ir a la escuela, todos trabajábamos en la casa, cuando me fui a Salta ya era tarde para pensar en estudiar, no, no, no se podía, había que trabajar para comer. Estudiar es para ricos".<sup>9</sup>*

## **Consideraciones finales**

Nos parece importante señalar algunas cuestiones que permitirán tener una idea más acabada del proceso vivenciado en karken Aike hasta este momento, ya que estamos transitando una primera etapa de conformación del grupo y de diagnóstico de la realidad familiar, social y cultural de los miembros del grupo y del barrio.

En primer lugar, decir que este grupo se viene constituyendo desde hace dos años, ya que las primeras reuniones son de abril de 2013. Durante este tiempo de encuentros existe un núcleo permanente de mujeres que asiste regularmente con las cuales se ha establecido un vínculo de confianza y trabajo. El resto de las integrantes de KA, es más inestable, aunque podemos decir que van regularizando su participación. Podríamos afirmar que nos

vínculo grupal, re-conociendo la realidad de la vida cotidiana de este grupo de mujeres, particularmente lo que hace a su vida familiar y a su salud sexual y reproductiva, enunciando/denunciando algunas problemáticas que preocupan referidas sobre todo a la salud sexual y reproductiva, a situaciones de violencia intrafamiliar.

En cada encuentro se lleva un registro (escrito, grabación y/o filmico) de lo que acontece, con el consentimiento de las mujeres presentes. Estos registros se analizan sistemáticamente por los miembros del equipo de educación popular de la UARG, tratando de encontrar las recurrencias, los emergentes más sobresalientes para llevarlos a próximos encuentros y reflexionar colectivamente sobre aquellos aspectos considerados más relevantes y significativos. El análisis cualitativo de estos registros se hace mediante el método comparativo constante.

Este trabajo supone sin duda un gran desafío para nosotros como grupo de investigación ya que la IAP en sí misma es una estructura de aprendizaje conjunto (Thiollent, M. 1985), lo que supone además de una visión epistemológica de construcción de conocimiento, contribuir a la interrogación permanente, estar alertas para promover la reflexión crítica, propiciar y mantener la participación efectiva de los miembros del grupo.

Como afirman Sirvent y Rigal (2012) "Esto representa el desafío pedagógico de ir facilitando a los participantes el aprendizaje de conocimientos e instrumentos de la investigación social, mediante el trabajo con metodologías propias de la educación popular. La ausencia de estos procesos de aprendizaje pueden generar la ilusión de una participación inexistente. De un "como si"...de la participación".

## **Bibliografía**

- Arfuch, L. (compiladora): "Identidades, sujetos y subjetividades". Ed. Prometeo. Bs.As. 2002. ISBN N° 950-9217-26-3
- Castells, M. (2003) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad. Vol. II. Ed. Siglo Veintiuno. México.*
- Iglesias, R. (2003) *De carambas, recórcholis y cáspitas. Una mirada trashumante de la educación. Córdoba. Comunicarte editorial*
- Kerouac, S. y colab. (1996) *El pensamiento enfermero. España. Masson*
- Martínez M.; Chamorro Rebollo, E. (2009) *Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero. España. Elsevier*
- Medina, J. (1999) *La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona. Laertes s. A de ediciones.*
- Samaja, J. (2007) *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. 1° edición. Bs. As. Lugar editorial*
- Sirvent, M.T. y Rigal, L. (2012) *Investigación Acción participativa. Proyecto Páramo Andino.*
- Stecher, A., Godoy, L. Y Díaz, X. (2005) "Relaciones de Producción y Relaciones de Género". En Schvarstein, L. Y Leopold, L. (compiladores) *Trabajo y Subjetividad. Paidós. Buenos Aires.*

---

9. KarkenAike. Octubre 2013.

# Pedagogía emocional en La formación de enfermería universitaria

---

## Autores:

### **Celaya, Laura Adriana**

*Licenciada en enfermería.*

*Especialista en docencia universitaria. Prof. Asociado.*

*Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina*

### **Chaparro, Nélica Estela**

*Lic en Enfermería. Investigador categorizado externo.*

*Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.*

### **Vuotto, María Marcela**

*Prof. en ciencias de la educación. Lic. en TIC. Prof. Adjunto.*

*Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.*

### **Marti Velazquez, Gabriela.**

*Lic. en Enfermería. Jefe de trabajos practico.*

*Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.*

## Contacto:

lcelaya@mdep.edu.ar

## Resumen

El presente artículo tiene como propósito compartir las primeras aproximaciones, que como integrantes del grupo de investigación, "Universidad, representaciones sociales y disciplinas", realizamos sobre el fenómeno **inteligencia emocional**. En este particular, intentamos hacer un análisis crítico, no exhaustivo, de la literatura disponible, focalizado en introducirnos en los constructos que giran en torno a las emociones, plantear sus principales funciones y clasificaciones, su relación relevante con la salud y, por último, comprender los argumentos del discurso pedagógico que justifican la inclusión del tema en la formación de los profesionales de enfermería.

## Palabras claves:

Pedagogía emocional; Enfermería; Desarrollo humano. Inteligencia emocional, Educación Superior.

## Introducción

Al explorar la bibliografía que aborda el fenómeno de las emociones hemos tenido que realizar un recorte focalizado para encarar nuestra temática, ya que desde Platón y Aristóteles existen referencias filosóficas tratando sobre estas, como la cólera, el dolor, el placer. También, por dar otro ejemplo y continuando en el trayecto histórico-filosófico, se las ha identificado con la metáfora del amo y el esclavo desarrollada por Hegel –uno de los principales exponentes de la dialéctica–, representada la razón como el amo, que se contrapone al esclavo, quien representa las pasiones. Bisquerra.<sup>1</sup> Hasta la actualidad que el desarrollo de la Neurociencia ha permitido un estallido de articulaciones con diversas disciplinas, ampliando su potencial de aplicación.

Dentro de tal potencial, encontramos la posibilidad de aplicarlo a la formación de enfermeros, tanto en su beta metacognitiva como pericial, tanto para aplicarlo en el proceso de cuidado humano como en el propio desarrollo humano para su afrontamiento y autorrealización personal y profesional.

Es así que planteamos como propósito de este artículo, compartir las primeras aproximaciones, que como integrantes del grupo de investigación, "Universidad, representaciones sociales y disciplinas", realizamos sobre el fenómeno **emociones e inteligencia emocional**. En este particular, realizamos un análisis crítico, no exhaustivo, de la literatura disponible, focalizado en introducirnos en los

---

1. Bisquerra, Rafael.

constructos en torno a las **emociones**, plantear sus principales funciones y clasificaciones, su relación relevante con la salud y, por último, comprender los argumentos del discurso pedagógico que justifican la inclusión del tema en la formación de los profesionales de enfermería.

## Desarrollo

Tradicionalmente la educación universitaria se ha centrado en el progreso cognitivo, con un olvido generalizado de la dimensión emocional. Sin embargo, en los últimos tiempos han aparecido publicaciones sobre la relevancia de la inteligencia emocional en la vida del trabajo, las relaciones interpersonales, la autorrealización, además de experiencias específicas en centros educativos, advirtiéndose también un sostenido incremento de información en revistas u otro tipo de documentos.

Uno de los factores implicados en dicha expansión es el desarrollo de la neurociencia y la aplicación de sus avances en el conocimiento sobre el tema en cuestión, en diversos ámbitos disciplinares. Se han destacado, en función de la posibilidad de generar emociones, la estructuración cerebral y la interacción de las tres capas: el cerebro instintivo o reptiliano, el sistema límbico o emocional y el neocórtex o racional, además del papel destacado de la amígdala cerebral que es la que recibe el estímulo del sistema límbico para generar adrenalina como respuesta inmediata. Otro de los grandes avances es expuesto por Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C. (2006),<sup>2</sup>

---

2. Rizzolatti, G. Y Sinigaglia, C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 2006

donde expresan que "el mecanismo de las neuronas espejo permite la comprensión inmediata del estado emocional de los demás, antes que cualquier mediación cultural o lingüística", aunque advierte que no debemos pensar que la empatía –poder ponerse en el estado emocional del otro– es hacernos cargo de lo que le sucede o sea que seamos compasivos –donde se involucrarían otras cuestiones de constitución axiológica–. Estas neuronas, que se hayan ubicadas en la parte posterior de la zona frontal, parietal entre otras, pasan a conformar los circuitos cerebrales que permiten comprender la gama de comportamientos en las relaciones individuales y sociales.<sup>3</sup>

Además de la estructura mencionada, están implicadas en la producción de las emociones: una carga genética (incluye la herencia evolutiva)<sup>1</sup>, un cerebro emocional (funcional) que activa los procesos conscientes (equipoamiento neuronal que lo hace posible), las emociones que se plasman en la infancia, además de tener en cuenta la posibilidad de ser aprendidas. En tal sentido, Goleman, considera la importancia de un nuevo modelo de aprendizaje que permita la comprensión adecuada de la realidad, incorporando al tradicional aprendizaje de habilidades cognitivas el de habilidades personales y sociales operando en diversas zonas del cerebro. Modelo fundado en su concepción de inteligencia emocional, a cuyo respecto expresa que: "significa el manejo adecuado y efectivo de los sentimientos con el fin de lograr el trabajo pacífico y conjunto de los individuos con una meta común".<sup>4</sup>

---

3. Goleman, Daniel. *La inteligencia emocional*. Argentina. Zeta. 2000

4. *Ib id*

## Breves consideraciones sobre las emociones:

Ya en 1880 surge la primera Teoría Moderna de la emoción como parte del estudio de la función del sistema nervioso simpático y parasimpático <sup>5</sup>, de allí a la actualidad hay un amplio desarrollo del tema desde la neurociencia, especialmente a mitad de la década del noventa del siglo anterior, en que el antagonismo producido entre razón y emoción –representado en la educación como los que defendían la propuesta elitista versus los igualitaristas– da un nuevo impulso a su desarrollo <sup>6</sup>. Como ya hemos mencionado, este avance en la ciencia básica permitió, a diversas disciplinas, aplicar el conocimiento producido en sus campos de indagación. De tal manera que desde la psicología surge el concepto de Inteligencia Emocional, aunque no encontramos pleno acuerdo sobre su gesta podemos referirnos a Salovey and Meyer, psicólogo social y psicólogo de la personalidad respectivamente, quienes para la década del 90 del siglo pasado proponen y desarrollan el concepto de inteligencia emocional (1990), la definiéndola como “la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno/a mismo/a y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios” <sup>7</sup> (p.189)

5. Rojas Bados, David Leonardo. Consultado en septiembre de 2015

6. Bisquerra, Rafael. Consultado en septiembre 2015.

7. Martínez González, Agustín Ernesto; Piqueras, José Antonio; Ramos Linares, Victoriano. *Inteligencia emocional en la salud física y mental*. En: *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 861-890, 2010 (n°21). ISSN . EOS. España.

Estos autores han desarrollado un test para la medición de inteligencia emocional cuyas categorías incluyen:

- 1) Percepción emocional,
- 2) Facilitación emocional,
- 3) Comprensión emocional
- 4) Manejo emocional de las dimensiones experiencial y estratégica.

Muchos trabajos a partir de aquí son utilizados para relacionar la inteligencia emocional, con logros en salud, laborales, académicos, entre otros.

Retomando, la emoción, es un concepto multidimensional que se refiere a una variedad de estados personales, pero con contenidos distintos. Se lo considera un concepto genérico que incluye diversos fenómenos afectivos, objeto de investigación científica.

Se manifiestan en tres niveles diferentes:

**Neurofisiológico:** respuestas involuntarias como taquicardia, rubor, sudoración, sequedad en la boca, secreciones hormonales, aumento de la frecuencia respiratoria y presión sanguínea, etc.

**Conductual:** expresiones faciales, tono de voz y volumen, movimientos del cuerpo, etc.

**Cognitivo:** vivencia subjetiva, lo que algunos autores denominan “sentimientos”.

Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo va a afectar

nuestro bienestar. En estas estimaciones intervienen las experiencias previas, creencias, objetivos personales, percepción de ambientes incitantes, etc. Una emoción depende de lo que cada persona considera importante es decir “*su intensidad*.”

Este proceso puede dividirse en cuatro etapas: Anticipación (sólo cuando hay aviso previo), provocación, revelación y resultado.

Las relaciones entre las personas y el ambiente van cambiando, junto con las emociones que las acompañan. De ahí que se consideran un proceso.

## Funciones de las emociones:

Desde hace bastante tiempo muchos investigadores se han preguntado cuál es la función de las emociones, generalmente sin llegar a respuestas concluyentes. Para algunos la función principal es **motivar** la conducta. Para otros la **adaptativa** al entorno. Desde la perspectiva biológica consiste en **informar** (por ejemplo un peligro) y la otra dimensión sería la **social** que permite comunicar o influir a los demás.

Las emociones tienen efectos sobre otros procesos mentales, por ejemplo cuando la información es incompleta altera la toma de decisiones. También pueden afectar la percepción, atención, memoria, razonamiento, creatividad y otras facultades.

## Algunas categorías propuestas para el estudio de las emociones:

Desde el año 1977 (Russell y Mehrabian) propusieron un enfoque factorial con dos ejes: placer – *displacer* y según otros autores un tercero *arousal* cuyo significado se explica cómo activación, surgimiento o despertar. Existe la hipótesis que las emociones se sitúan en algún punto bipolar en cuyos extremos se ubica el factor antagónico: placer–displacer, amor–odio, tristeza–alegría, etc.

En 1987 un estudio (Argyle) describe otra dimensión a la que llama *profundidad o absorción intensa* como un sentimiento que suele producirse al escuchar música, leer o contemplar la naturaleza. Las características de estos momentos son de felicidad y satisfacción, atención focalizada, significado, valor e identidad.

Además de las dimensiones mencionadas se cuenta con otros aportes que denominan esenciales: a la **intensidad y especificidad**. La primera se refiere a la fuerza con que se experimenta, es cuantitativa, indiferenciada, inespecífica, etc. como la melancolía o el desconsuelo. Mientras que la especificidad califica y posibilita asignarle un nombre que la diferencie; es *cualitativa*.

Atentos a las limitaciones espaciales de esta presentación, consideramos relevante cerrar este tramo mostrando la coincidencia de muchos analistas quienes distinguen entre *emociones básicas* (primarias o fundamentales) y *emociones complejas* (secundarias o derivadas) y observan que rara vez se producen encuentros en los que se presente una sola emoción.

## Las emociones y la salud:

Las investigaciones en los últimos años están poniendo de relieve la relación entre la salud física y los estados emocionales. Al respecto varios autores consideran que las emociones positivas juegan el papel de mantener o recuperar el equilibrio del organismo, preservando la salud. Mientras que las emociones negativas conmueven de manera nociva, de tal forma que pueden desencadenar el desarrollo de enfermedades, así como recaídas, agravamiento, recurrencias, etc. Por tanto las emociones son consideradas factores a tener en cuenta para el bienestar y calidad de vida.

La situación de "enfermedad" influye en la manifestación emocional, pero por otra parte las emocionales negativas influyen en la salud. Existen algunas evidencias de que las emociones negativas como la "ira", "ansiedad" y "depresión" tienen efectos tóxicos sobre la salud. Mientras que las positivas tales como la "alegría", "optimismo" o "esperanza" tienen efectos curativo llegando a cambiar el curso de una enfermedad (Goleman, 1995).

La temática emoción – salud ha atraído el interés de varias disciplinas así como la medicina, a la antropología, psicología, enfermería, trabajo social, etc. Alcanzando relevancia también en la educación y orientación pedagógica.

Autores como Levy Norberto (2005) estudian cómo interpretar correctamente la información que nos aportan las emociones para poder localizar los problemas que la subyacen. Hace hincapié en la condición de "señal" de

las emociones denominadas "conflictivas" –miedo, ira, vergüenza, envidia, entre otras– que actúan como indicadores de un problema a resolver, siendo su principal función remitirnos a él. La emoción orienta la mirada en dirección al problema de fondo que debemos resolver. Al aprender el camino y los orígenes de la manifestación emotiva, podemos revertir la situación indeseable, por ejemplo en el miedo identificar y trabajar la desproporción entre la amenaza y los recursos disponibles. De tal manera que la emoción no la considera el problema en sí sino el sistema de alarma que nos puede conducir a él.

Los aportes de Mayer y Salovey sobre el estudio de inteligencia emocional, en su doble consideración de habilidad y metacognición han permitido relacionarla con los mecanismos de adaptación y estrés (Martínez González y otros, 2010)<sup>8</sup>. Estos autores luego de realizar una pesquisa sobre el tema y las producciones empíricas generadas aplicando el test observan que la inteligencia emocional personal medida a través de autoinforme parece estar relacionada con la salud y el bienestar de las personas. Por otra parte existen estudios que expresan haber obtenido correlación significativa entre IE con el bienestar emocional y la salud mental; además de la relación inversa, donde los bajos niveles de IE se relacionan con problemas de depresión, dificultad para verbalizar sentimientos, ansiedad, entre otros. Sostienen que hay vinculación con el estrés, donde se considera que actúa como protectora, ya que disminuye la vulnerabilidad al estrés y sus posibles consecuencias psicológicas y médicas.

---

8. Op.cit Martínez Gonzalez 2010

Otras autoras Marta Moreno Carmona y María Isabel Rodríguez (2010), encuentran relación entre IE y el sentido de la vida y la salud mental. Esta falta de sentido estaría manifestando un vacío existencial, problemática compleja en una gran número de jóvenes en la actualidad. Esta tesis apoyaría la idea de incorporación temprana del ejercicio de la inteligencia emocional en niños y familias, propuestas por Martínez González y otros, dentro de las conclusiones de su trabajo *Inteligencia emocional en la salud física y mental*.

## Concepto de Educación emocional:

La celebración del Iº Congreso de Educación Emocional en Barcelona (España – 2000) marcó un hito importante en la valoración inicial de una educación encaminada hacia el conocimiento de los procesos emocionales. Mientras que la UNESCO (2002) remitió a los Ministerios de Educación de 140 países una declaración de 10 principios básicos para poner en marcha programas de aprendizaje social y emocional. Esta propuesta tiene por objetivo propulsar un renovado conocimiento de los fenómenos emocionales, la capacidad para controlarlos, el fomento de una actitud positiva frente a la vida, la mejora de las relaciones interpersonales, el clima de las clases, el rendimiento académico, el bienestar personal y social. Por eso toma como marco de referencia el tratamiento de la personalidad de los individuos.

---

8. *Op.cit* Martínez González 2010

Los aspectos señalados han contribuido significativamente en la creciente aceptación que la educación emocional ha tenido en el ambiente del profesorado y en la sociedad en general. Esto implica que *"el desarrollo cognitivo debe complementarse con el desarrollo emocional"*.

En un estudio realizado por la catedrática Clara Romero Pérez (2006-2007)<sup>9</sup>, respecto a los discursos pedagógicos, esta, identifica dos corrientes. Una relacionada con el enfoque de las necesidades como núcleo semántico y la otra con el enfoque denominado positivo (resiliente). Según la autora, el primero de los enfoques, está ligado a resolver problemas de 'déficit en la socialización' o de 'aprendizaje académico' y se centra en medidas "educativas de carácter reactivo...para satisfacer necesidades sociales o académicas" o políticas, corriendo el riesgo de ser una "instrumentalización de la educación emocional a los requerimientos de la nueva economía". Mientras que el segundo, se utilizaría con el sentido de 'cultivar el desarrollo humano y la autorrealización'.

Es, en este último sentido, que destacamos la importancia de incorporar, en los currículos de formación de las carreras relacionadas con la enfermería, la educación emocional. No solo porque cualquier ser humano debe poder ser formado para el desarrollo de la inteligencia emocional, en tanto cultivan el desarrollo humano y la autorrealización, sino que ambos son el faro del Cuidado Humano, objeto de estudio y praxis de la Enfermería.

---

9. Romero Pérez, Clara. *Educación de las emociones?: Paradigmas científicos y propuestas pedagógicas*. En: *Cuestiones Pedagógicas*, 18, 2006/2007, pp105-119. Secretariado de Publicaciones Universidad de Sevilla. España.

El uso inteligente y evolucionado de las emociones, como por ejemplo la empatía y la compasión, las que son requisito sine qua non para ejercer la profesión. Muchos autores enfermeros, especialmente los que pertenecen al paradigma de la Integración, como Jean Watson en su teoría "cuidado transpersonal", hacen especial hincapié en los valores y las relaciones interpersonales. Esta teórica resalta que el reconocimiento de los sentimientos –recordemos que las emociones son la manifestación física de los mismos– son ejercicio obligado para las enfermeras ya que esto permite la auto aceptación y como consecuencia se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles para el cuidado del otro<sup>10</sup>.

Más allá de los modelos pedagógicos y de las corrientes teóricas (cognitivas/no cognitivas; psicológicas/ culturales). La educación emocional es un proceso continuo y permanente, en tal sentido debe estar presente a lo largo de todo el currículum académico y en la formación en el transcurso de la vida. Su importancia reside en el aprendizaje de las variaciones que las personas manifiestan durante su ciclo vital dado que las emociones cambian, enriquecen, perturban, profundizan, distorsionan los pensamientos y a su vez estos las moderan, expanden, excitan. Estas cuestiones de interrelación hacen pensar lo que se siente y pensar cómo *afrentar* lo que se siente, regulando el curso y la intensidad de las emociones.

---

10. Alligood, Martha Raile; Marriner Tomey, Ann. *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima edición. Barcelona, España. El Sevier. 2011. Pp 94/95

La enseñanza es exitosa si consigue provocar, impresionar, despertar curiosidad o suscitar interés. El arte de educar se relaciona con un cierto modo de pensar, de hablar, de sentir; porque hace emerger intensidades como una poesía, un concierto o una celebración. Las preguntas que nos hacemos acerca de las relaciones con los otros y con nosotros.

Es nuestro desafío como educadores, recuperar la construcción de una nueva comunidad que lee, habla, escribe, aprende-enseña y no se cierra sobre sí misma y se abre a la diferencia. De manera que este tipo de educación es una forma de prevención primaria inespecífica, consistente en intentar minimizar la vulnerabilidad a las disfunciones o advertir su ocurrencia. Muchos autores aportan ejemplos de intervención en la dimensión preventiva y desarrollo humano, personal y social. La salud se puede considerar como un requisito indispensable para el bienestar emocional, mientras que las emociones influyen en esta. Las habilidades de vida y las habilidades para afrontar situaciones de conflicto deben considerarse como recursos que toda persona debería tener para superar crisis y conflictos.

## Reflexiones finales

En resumen, los contenidos de la educación emocional giran en torno al conocimiento de las propias emociones, las de los demás y su aplicación en las relaciones interpersonales, en el trabajo, en la vida social, entre otros; pudiéndose entender como núcleos integrales de un todo problemático a lo largo del curriculum de formación.

La Pedagogía Emocional nos sitúa en una disciplina que ofrece una fundamentación científica mediante el conocimiento teórico y aplicativo, de cómo se activan los procesos y capacidades relacionadas con la motivación, el aprendizaje, el autoconocimiento y autodesarrollo. En el convivir se transmiten e intercambian sensibilidades y disposiciones, afectos y sentimientos, estados de ánimo y modos de afrontarlos. Desde aquí, la pedagogía emocional, se sirve de coordinar diversos niveles de análisis e intervención para el cultivo de las emociones, tanto individuales como grupales. La enfermería es la Ciencia del Cuidado humano, según acuerda un amplio sector de la misma. Para instituir el proceso del cuidado humano se requiere de habilidades para establecer relaciones interpersonales. Estas, tienen una íntima correspondencia con la inteligencia emocional que a su vez está relacionada positivamente con el desempeño laboral, la satisfacción laboral de los enfermeros y la salud de los mismos y sus sujetos de cuidado. Por lo antes expuesto, las instituciones formadoras tienen el desafío de formar enfermeros competentes a partir de desarrollar la inteligencia emocional de sus estudiantes para lograr graduados.

*Notas:*

*La aclaración nos corresponde.*

*Ya en el año 1954 Henri Gastaut había registrado la asociación de alteraciones electro-encefálicas como respuesta de la función de las neuronas espejo tan solo viendo la actividad de otras personas.*

*III Cabe aclarar que a este respecto Mayer John, considerado el padre de la inteligencia emocional, dice que las emociones forman parte de la personalidad entre otros elementos.*

## Bibliografía

- Antelo, E. *Notas sobre la experiencia de educar, en: Educar, ese acto político-* Buenos Aires: Editorial Del Estante. 2005
- Alvarez, M. y Bisquerra, R. *Actividades de educación emocional. Manual de orientación y tutoría-* Barcelona: Praxis. 1999
- Argyle, M. *The Psychology of Happiness.* Londres & Nueva York: Methuen Co. Ltd. 1987.
- Bisquerra, R. *Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de Investigación Educativa.* 2003. 21 (1), 7-43.
- Covey, Stephen. *Los siete hábitos de las personas altamente efectivas.* Paidós Ibérica. 2004
- Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. *Emociones y Salud.* Barcelona: Ariel. 1998
- Goleman D. *Inteligencia emocional.* Barcelona: Kairos 1995
- Goleman, Daniel. *La inteligencia emocional.* Argentina. Zeta. 2000
- Keens, S. *El lenguaje de las emociones.* Barcelona: Paidós. 1994
- Navarro Solano, R. *La vida emocional. Las emociones y la formación de la identidad humana.* Barcelona: Ariel. 2006
- Nuñez Cubero, L.; Bizquerra, R.; Gonzalez Monteagudo, J.; Gutierrez Moar, M.C. *El papel de la institución educativa en la educación emocional.* Barcelona: Ariel. 2006
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 2006
- Russel, J. y Meharabian, A. *Evidence for a three-factor theory of emotions.* Journal of Reserch in Personality, 11, 273-294. 1977
- *Teoría de la Educación: Educación y emociones.* Número Monográfico, Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria -Volumen 18. Salamanca: Universidad de Salamanca. 2006
- Zarai, R. *Emociones que curan.* Barcelona: Editorial Martínez Roca. 1996

# REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA: EL ROL DEL ENFERMERO EN LA UNIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL

## Autor:

### Salas, Miguel Ángel

Lic. en Enfermería (Universidad Austral). Especialista en Enfermería en Cuidados Críticos (Universidad Favaloro). Experto en Soporte Nutricional. Certificación de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP). Docente Adscripto. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Enfermero de la Unidad de Soporte Nutricional – Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universitario Austral. Profesor Adjunto – Carrera Licenciatura en Enfermería. Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).

## Coautores:

### Juárez, Silvia

Lic. en Nutrición. Coordinadora de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario Austral.

### Marciano, Marcela

Farmacéutica clínica de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario Austral.

### Priolo, Adrián

Médico de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario Austral.

### Kliger, Gustavo

Jefe de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario Austral.

### Fajreldines, Ana

Líder de Proyectos de Mejora. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Austral.

## Contacto:

msalas@cas.austral.edu.ar

## Resumen

- La nutrición enteral (NE), como parte del plan terapéutico, puede acarrear complicaciones evitables, y ello puede poner en riesgo al paciente.
- Para prevenir la ocurrencia de un evento adverso, es necesario tener instalado en la cultura organizacional políticas, protocolos y sistemáticas que permitan establecer cuidados seguros y de calidad.
- La intervención multidisciplinaria, y sobre todo la educación continua, permite implementar estrategias que benefician en la seguridad del paciente.

## Palabras claves:

Reducción de complicaciones – intervención multidisciplinaria – soporte nutricional – procesos de mejora – educación continua – seguridad del paciente.

## Introducción

Los informes internacionales derivados del informe de la IOM "To err is human" (1999) han demostrado que la morbimortalidad (44.000-98.000 muertes al año en EEUU) causada por la atención sanitaria es alarmante. La nutrición enteral (NE) puede acarrear complicaciones evitables, y ello puede poner en riesgo al paciente.

Actualmente, se considera al soporte nutricional (SN) como una terapéutica que beneficia a todos los pacientes que poseen algún tipo de desnutrición o se encuentran en riesgo de padecer algún grado de estrés metabólico durante la hospitalización. Por esta razón, las guías recomiendan la implementación precoz de cualquier tipo de SN, ya sea enteral, parenteral o mixta (nutrición enteral + nutrición parenteral). El estudio de Kirkland (2013) muestra que el 50% de los pacientes que se hospitalizan tienen problemas nutricionales y que ello impacta en la seguridad del paciente y en los costos, con lo cual cada vez será más necesario incluir en la decisión clínica temprana el cuidado nutricional valorado por un equipo de expertos incardinados en la dinámica hospitalaria con dedicación full time.

La implementación de esta terapéutica disminuye notablemente las complicaciones que puede tener un paciente con riesgo de desnutrición secundaria a la enfermedad (cuadro 1). El impacto, no solo clínico, de calidad y económico; beneficia tanto al paciente, su familia y a las instituciones sanitarias. La utilización de protocolos y sistemáticas que permitan monitorear su implementación demuestra que permiten incorporar cuidados seguros y con continuidad, permitiendo mantener un alto nivel de calidad.

Cuadro N° 1:

### IMPACTO DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA Y CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICION SECUNDARIA A LA ENFERMEDAD



El propósito principal de este trabajo es evaluar la ocurrencia de complicaciones asociadas a la nutrición enteral antes y después de una intervención multidisciplinaria de tipo educativa.

## Materiales y métodos:

El diseño del estudio es de tipo pre y post intervención.

Participantes: Se analizaron dos muestras aleatorias de pacientes adultos internados con NE retrospectivamente, se trata de un estudio con una intervención de mejora.

Periodo del estudio: El período analizado fue enero-marzo 2013 (pre intervención) y enero-marzo 2014 (post intervención). Los datos fueron relevados de la Historia clínica electrónica (HCE).

Definiciones: Se consideró complicación a lo que menciona la ASPEN y la Joint Commission International manual 2011: hemorragia digestiva alta, neumonía aspirativa, hipercapnia, hipo-hiperglucemia, alteraciones en el ionograma, diarrea, constipación, distensión abdominal, necrosis/abscesos en el sitio de colocación de la sonda, extracción accidental de la sonda, deshidratación/hiperhidratación, peritonitis.

Para el análisis de las complicaciones se usó el algoritmo de Naranjo con todos sus tópicos (causalidad) y la herramienta global trigger tools como medio de detección. Esta herramienta busca gatillos o disparadores de daño que pueden dar indicios de complicaciones asociados al cuidado.

Análisis estadístico: se usó el programa SPSS 21 para el análisis estadístico (medias de dispersión, de posición y porcentajes de variables dicotómicas con sus intervalos de confianza, se utilizó el test Chi<sup>2</sup>, y una regresión logística para analizar variables asociadas, se utilizó el test de Mc Nemar para analizar el efecto de la intervención).

La intervención fue un ciclo continuo de educación en las bases del protocolo de NE a todos los profesionales involucrados. Para ello se implementaron las siguientes estrategias:

- Reunión informativa con los jefes de departamento médicos y charlas con coordinadores de enfermería y enfermeros de diversas áreas transmitiéndoles la problemática.
- Se impartieron clases sobre el protocolo de soporte nutricional a los diferentes servicios (ver gráfico 1), pegándose en cada uno de ellos un algoritmo de consulta rápida.
- Se impartió una nueva modalidad de educación al paciente y su familia que requiere soporte nutricional entregándose un manual educativo. De esta manera se lo hace participante de su propio cuidado.

## Resultados:

Se estudiaron 200 pacientes (100 en la pre y 100 en la post intervención). La media de edad pre: 54.8, media de edad post: 55.41 varones pre: 47%, varones post: 46%. La proporción de pacientes con complicaciones fue 32% (IC95% 31.1-33.6) y 15% (IC 95%14.3-16.6) pre y post respectivamente,  $p=0.0001$ .

**Cuadro N° 2**

Complicaciones asociadas encontradas durante el periodo pre y post intervención.

	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN	VALOR P
<b>Total días NE</b>	679	565	
<b>Tratamientos discontinuados</b>	13%	2%	0.001
<b>Prevalencia de complicaciones</b>	16,16%	8,80%	
<b>Obstrucción de sondas NE</b>	3,30%	1%	
<b>Vómitos</b>	6,60%	4%	
<b>Diarrea</b>	4%	2%	
<b>Hiperglucemia</b>	1%	0	<0.005
<b>NMN Aspirativa</b>	1%	0	<0.005
<b>Ionograma alterado</b>	1%	0	<0.005

Fuente: Datos extruidos de la historia clínica electrónica.

**Cuadro N° 3:**

Regresión logística – asociación de variables con la aparición de complicaciones.

VARIABLE	VALOR OR <sub>aj</sub> VALOR DE P
<b>Pacientes con insuficiencia renal–hepática</b>	2,89 (IC 95% 2,17–4,32), p= 0.05
<b>Pacientes mayores de 65 años</b>	1,98 (IC95% 1,12–3,28), p=0.04
<b>Pacientes con más de una patología</b>	1,56 (IC 95% 1,13–4,52, p=0.01
<b>Polimedicación</b>	NS
<b>Patologías psiquiátricas</b>	NS
<b>Estancias mayores a 14 días</b>	NS

Fuente: Datos extraídos de la historia clínica electrónica.

**Grafico N° 1**

Capacitación a enfermeros en diferentes servicios..

**CAPACITACIÓN SOBRE PROTOCOLOS DE SOPORTE NUTRICIONAL N=120 ENFERMEROS****Tamo**

5%

**Integración general**

44%

**Emergencias**

5%

**Uco**

13%

**Oci**

33%

Fuente:

Datos extraídos de la plantilla de asistencia a capacitación en servicio de la Unidad de Soporte Nutricional.

## Discusión y conclusiones:

La intervención fue relevante para la reducción de las complicaciones derivadas de la NE. Los valores fueron superiores a lo hallado en J Parenter Enter Nutr, 1993; ASPEN (15% vs 32% pre intervención). La insuficiencia hepática y renal, los pacientes mayores a 65 años y la presencia de más de una patología basal, son elementos asociados a la aparición de complicaciones. Esto nos muestra que es de gran importancia no solo la intervención multidisciplinaria sino también el monitoreo por parte del equipo de soporte nutricional, en especial el de enfermería. La implementación de protocolos y sistemáticas de trabajo permite implementar cuidados seguros y con continuidad. Como fortaleza el estudio demuestra que hay un importante rol educativo que previene las complicaciones asociadas a la nutrición, demostrado por el impacto de la intervención. Como debilidades el estudio incluye pocos casos y no se analizaron otras variables confundidoras como la formación de los enfermeros que recibieron la educación, complejidad de los cuidados de los pacientes, número de pacientes por enfermero, etc.

Quedan abiertos otros estudios para analizar los factores mencionados y variables económicos que serían de interés para abordar el tema sistemáticamente.

## Bibliografía

- 1. Correia MI, Waitzberg DL. *The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis.* Clin Nutr. 2003;22(3):235–239.
- 2. JPEN J Parenter Enteral Nutr. *Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients.* American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 1993 Jul-Aug;17(4 Suppl):1SA-52SA.
- 3. Kirklan L, Deanne T. Kashiwagi, et al. *Journal of Hospital Medicine Vol 8 (1). January 2013.*

# DE PASIONES, SENTIMIENTOS Y EMOCIONES. ALGUNAS REFLEXIONES DEL CUIDADO ENFERMERO A LA LUZ DE DESCARTES.

---

**Autor:**

**Blanco, Patricia**

*Directora de la Escuela de Enfermería Universidad Nacional de la Patagonia Austral.  
Unidad Académica Río Gallegos.*

**Contacto:**

licblancopat@yahoo.com.ar

## Resumen

Nada hay en lo que uno pueda ocuparse con más provecho que en tratar de conocerse así mismo.

*José Martínez Martínez<sup>1</sup>*

Si algo emparenta a ambas disciplinas, la Enfermería y la Filosofía, es la necesidad de reflexionar y poner claro sobre oscuro en el hacer y el pensar.

En el desarrollo de este ensayo, me propuse rescatar algunos aportes de la filosofía cartesiana que enriquecen el cuidado enfermero en tanto permite reconocernos sujetos pensantes y sintientes, con alma y cuerpo, que nos lleva a experimentar pasiones en el desarrollo de la praxis.

Menciona Lázaro Cantero(2012)<sup>2</sup> que Descartes va a tratar las pasiones como físico moderno; se ocupará del movimiento y funcionamiento de lo extenso mecánico y marcará una nueva aproximación a las mismas apartándose de lo enseñado por otras escuelas, así lo señala en una carta enviada a su amigo Huygens (1938)<sup>3</sup>, motivado seguramente por las conversaciones entabladas en cartas con la princesa Elizabeth de Bohemia, inicia a escribir sobre otras cuestiones, tales como las pasiones( no solo definiéndolas, sino también como señalara en una de esas cartas ha pensado en el número y el orden de las mismas, examinando su naturaleza), la moral, el libre albedrío.

---

1. Descartes, R. *Las Pasiones del Alma (1649) Traducción José Antonio Martínez Martínez y Pilar Andrade Boue. España. Ed Tecnos. 1997. Estudio Preliminar. [XVIII].*

2. *Cauriensia*, Vol. VII (2012) 249-257. [Dialnet-DescartesYLasPasionesHumanas-4235371%20\(2\).pdf](#)

3. *Op.Citado 1. Pp 53-54*

Por pasión define la "vivencia afectiva interna que tiene lugar y se manifiesta siempre relacionada con una acción exterior".<sup>4</sup> Descartes señala que sólo hay seis pasiones primitivas: la admiración, el amor, el odio, el deseo, el gozo y la tristeza. Las demás pueden ser integradas por varias de éstas o ser generadas por ellas.(Arts LIII, LVI, LVII, LXI).<sup>5</sup>

Para llegar al conocimiento de nuestras pasiones hay que examinar la diferencia que existe entre alma y cuerpo. Es la pasión la que da noticia clara de la unión<sup>6</sup>, luego ella es la que ha de ser estudiada Descartes entiende que el hombre es una unión sustancial de alma y de cuerpo, queriendo significar con ello algo bien distinto de lo que habían dicho los filósofos de la escuela Aristotélica. Distingue entre alma y cuerpo, al tiempo que indica que sólo la unión sustancial de la res cogitans y la res extensa puede constituir al hombre verdadero<sup>7</sup>.

Según Descartes, la distinción de las sustancias es real, alma y cuerpo son en sí mismos, cada uno, sustancias completas y separadas. La pasión es pensamiento oscuro y confuso, que predispone al alma a querer las cosas que son útiles al cuerpo.

---

4. *Op. Citado 1 Estudio Preliminar XXXIII*

5. *Op. Citado en 1.*

6. *Menciona que hay una pequeña glándula en el cerebro, en la que el alma ejerce sus funciones de forma más particular que en las otras partes.... También es necesario saber que, aunque el alma esté unida a todo el cuerpo, sin embargo hay en él una parte en la que ejerce sus funciones de forma más particular... la glándula pituitaria. Artículos XXXI-XXXII. pp 102-105*

7. *Op. Citado 1. Artículo I pp 53-69.*

Nuestro cuerpo se relaciona con lo externo según el placer o el dolor, hay cosas que le convienen y otras que le son perjudiciales.

Por esta razón este trabajo se orienta en general a descubrir aquellas vivencias afectivas que están directamente relacionadas con el objeto de estudio de la enfermería tal es el Cuidado y en particular con los proveedores de esos cuidados: los enfermeros.

Desde la Enfermería se estudia la concepción del cuidado con la finalidad de fundamentar el ser, el hacer y el debe ser, que permita resignificar la práctica con una visión humanística. Marie Colliere (1982), enfermera, antropóloga y filósofa al pensar en el objeto de la Enfermería opuso resistencia en cuanto a dar una definición estática y rígida, si reflexionó sobre aquello que lo caracteriza mencionando que "Cuidar es un acto de vida cuyo objeto es, primero y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte: del individuo, del grupo y de la especie"<sup>8</sup>.

Desarrolla Colliere tres tipos de cuidados, el cuidado del sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros, lo que significa que, para poder cuidar a otro, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias, es como se cita más arriba ocuparse en conocerse a sí mismo.

En la clasificación de las pasiones, la primera que menciona Descartes es la Admiración (Art LIII), "el objeto tiene algo que nos sorprende, nos conmueve y no tiene un

---

8. *Colliere, MF. Promover la vida. Barcelona. Interamericana Mc Graw Hill; 1982.5. Op. Citado en 1.*

contrario. La admiración se une al aprecio o menosprecio según la grandeza de un objeto o su pequeñez lo que admiraremos. Y así apreciamos o menospreciarnos a nosotros mismos; ...."<sup>9</sup>

Los cuidados y la forma en que se cuida ayudan a aumentar o reducir el poder de descubrir el mundo, de comprenderlo y centrarse en él. Cuidar es el ideal moral de la Enfermería, cuyo fin es protección, engrandecimiento de la dignidad humana, implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones, es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico que se realiza junto a otro. Teniendo en cuenta el pensamiento de Descartes que el alma está realmente unida al cuerpo (a través de la glándula pituitaria) y que esa misma identidad toma relevancia es que soy una cosa que piensa, que duda, que afirma, que concibe, que niega, que quiere, que también imagina y siente, "que pertenece a mi naturaleza".<sup>10</sup>

La experiencia que a continuación narraré intenta recorrer ese puente que acerca la reflexión filosófica a la praxis de la enfermería.

Como docente de prácticas de una Escuela de Enfermería en la Ciudad de Bs As, acompañe en su experiencia a un grupo de estudiantes al Hospital de Quemados. Haciendo el reconocimiento institucional, llegamos al área de internación intensiva. Por el nivel de complejidad y de alta probabilidad de infecciones cruzadas cada paciente está en una habitación individual, todas miran a un espacio central en donde el personal de Enfermería puede

---

9. *Óp. Citado en 1. Art N° LIV. p134.*

10. *Descartes, R "Obras escogidas Bs As. Ed Charcas 1980. Segunda Meditación. pp 226-227.*

tener una visión en 360 grados de toda la terapia. Hicimos el recorrido acompañados por una enfermera quien iba comentando algunas rutinas del servicio, indicando la aparatología específica y presentando muy someramente a algunos pacientes.

Pasamos por delante de una habitación, en su puerta estaba un policía de guardia. La enfermera apura su paso para continuar con la "visita guiada", los estudiantes miran para dentro de la habitación sin poder distinguir en profundidad nada más que una persona en decúbito dorsal, absolutamente vendada y con un suero en algún lugar de su cuerpo.

Terminamos el recorrido sin entender muy bien el porqué de la presencia de ese policía custodiando a ese paciente. Al día siguiente volvimos. La enfermera nos recibe muy amablemente y me indica que podríamos estar con todos los pacientes excepto el sr de la habitación con el policía en la puerta.

En privado me detalla la situación, privado de la libertad, con severo traumatismo térmico, en coma farmacológico, esposado. Refiere que del equipo solamente dos enfermeras han decidido brindarle cuidados, el resto no quiso atenderlo. Hasta aquí el relato.

Manteniendo la línea de pensamiento cartesiana se desprenden preguntas tales como:

- ¿cuáles son las pasiones explícitas en esa acción exterior?
- ¿dónde se encuentran la admiración, el amor, el odio, el deseo, el gozo y la tristeza?

El cuidado entendido como interacción personal es el encuentro entre la persona que necesita el cuidado y el enfermero, es una acción. En este encuentro se descubren

sonidos, olores, emociones ...objetos, tanto de nuestros sentidos exteriores como de nuestros apetitos interiores, que provocan también algún movimiento en nuestros nervios...haciendo tener a nuestra alma diversas sensaciones.<sup>11</sup>

Entonces el cuerpo se constituye en ese instrumento por excelencia para brindar cuidados y a su vez ser vehículo o mediador de los mismos. No solo despierta sentimientos y emociones sino que al redescubrirlo, nos descubrimos en tanto buscamos lo que sienten los demás y lo que nos hace sentir. ¿qué hacía sentir a ese cuerpo vendado, esposado, inconsciente? Seguramente estos sentimientos no son intangibles, son objetos concretos, producen pensamientos, los cuales a su vez desencadenan estados emocionales y engendran sentimientos y sensaciones. Esto nos ayuda a conocernos y reconocernos.

Pensando en el relato y sabiendo que puedo equivocarme, trabajaré con algunas, recapacitando en cuáles pudieron estar presentes aquel día.

Nosotros los "visitantes" nos vimos *asombrados* (admiración), *no pudimos ver más allá que la primera impresión del cuerpo que yacía inmóvil, ese primer aspecto que presentaba fue el que quedó en nuestro cerebro sin poder adquirir un conocimiento más específico de él.* La enfermera apuró su paso cerca de esta habitación. No pudimos saber su nombre, edad, pienso luego de varios años que como sigue comentando Descartes la admiración es útil

porque hace que retengamos en nuestra memoria lo que habíamos ignorado. Desde la Enfermería no era tan importante saber por qué estaba esposado sino saber quién era, reconocerlo sujeto sintiente aún y a pesar de su coma farmacológico.

También se presenta el amor. ¿Qué llevó a esas dos enfermeras a querer cuidarlo, atenderlo? ¿En qué aspecto se presentaba el amor? Podríamos decir que parece lógico que hubiesen querido hacerlo ya que es "su deber", pero también es lógico pensar que si su actuación hubiese estado basada en las reglas pero sin sentimientos adecuados como la preocupación por el sufrimiento, del paciente estaríamos al menos frente a una deficiente moral. Otra pasión que me atrevo a señalar como muy presente en esta situación es el odio. Llama la atención que de la totalidad del plantel solamente dos enfermeras hubieran aceptado atenderlo. Podría desde este ensayo plantearse algunas hipótesis. En Descartes la pasión odio se presenta como la antagónica del amor si bien no se la divide en tantas clases. Menciona la indignación como una especie de odio o de aversión que se tiene naturalmente contra los que hacen algún tipo de mal, de la naturaleza que sea. No es este espacio el lugar para comentar "el mal hecho" por este paciente, sí reconocer que voluntariamente decidieron separarse del mal, en otra parte de este ensayo se hace referencia a que el cuerpo se relaciona con lo externo según el placer o el dolor, hay cosas que le convienen y otras que le son perjudiciales, por decirlo gráficamente huyeron, de hecho nuestra guía apuró su paso al pasar por su habitación. Se hizo muy presente en el cuidado enfermero la causa de su internación, los motivos que lo derivaron al trauma térmico, esto generó la indignación y quizá en algunos la ira, se puso muy en la piel el hecho de haber perjudicado a otro.

---

11. Op. Citado en 1. P 78

Para ir concluyendo sostengo que este darse cuenta y permiso a poder dejar fluir estas pasiones del alma, favorecerían el planificar un cuidado enfermero teniéndolas en cuenta, brindando y co pensando cuidado más humanizados en aquella clasificación señalada por Colliere. Poder permitirse pensar que la Enfermería no responde exclusivamente a una cuestión netamente vocacional, entendida como esa suerte de llamado divino, ante el cual nada es cuestionado, donde todo es sumisión, en donde todo es obligación, nos conducirá a poder en primera instancia cuidarnos como proveedores de cuidados y luego, solamente luego, cuidar al otro, como nos dice Descartes en su Tratado...de tal modo que su conciencia nunca pueda reprocharle que haya dejado de hacer lo que creía mejor...

## Bibliografía

- *Cauriensia: Vol.VII (2012) Dialnet-Descartes y Las Pasiones Humanas -4235371%20(2") pdf.*
- *Colliere MF. Promover la vida. Editorial Panamericana Mc Graw Hill; Barcelona .1982 España.*
- *Descartes, R. Las pasiones del Alma (1649) . Traducción José Antonio Martínez Martínez y Pilar Andrade Boue. España. Ed. Tecnos 1997. Estudio preliminar.[XVIII].*

# DERECHOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

## Autores:

### **Sagastizabal, Esteban L. de**

*Licenciado en Enfermería graduado con medalla de oro del Inst. Univ. Del Hospital Italiano de Bs. As. Actualmente Enfermero jefe de turno de Cuidados críticos en Clínica del Sol y Enfermero de Hemodinamia e intervencionismo del Sanatorio Finochietto*

### **Garcia, Roxana N.**

*Licenciada en Enfermería graduada del Inst. Univ. Del Hospital Italiano de Bs. As. Actualmente Enfermera de Unidad de cuidados Críticos del Hospital Alemán.*

### **Raniti, Virginia B.**

*Licenciada en Enfermería graduada del Inst. Univ. Del Hospital Italiano de Bs. As. Actualmente Enfermera de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital Italiano de Bs. As.*

## Resumen

Los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados intensivos pueden en muchos casos estar expuestos a que no se respeten sus derechos. Estos enmarcan de forma legal el trabajo que realiza la bioética en las ciencias de la salud. .

Se ha realizado una investigación descriptiva, prospectiva y transversal con el propósito de lograr el respeto de los derechos del paciente hospitalizado en el Hospital Italiano por parte del personal de enfermería durante los próximos años.

**Objetivo:** Determinar el conocimiento sobre los derechos del paciente hospitalizado que posee el personal de enfermería del Hospital Italiano, en los sectores de unidad coronaria y terapia intensiva de adultos en el mes de noviembre de 2013.

La variable seleccionada ha sido conocimiento sobre derechos del paciente hospitalizado, con dos dimensiones, trato digno y autonomía.

La población ha sido de 119 enfermeros de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, y han sido seleccionados de forma aleatoria. El instrumento utilizado ha sido un cuestionario de preguntas cerradas de opción múltiple.

**Conclusiones:** El resultado de 79,95% de respuestas correctas y 20,05% de respuestas incorrectas comprueba que existe un conocimiento intermedio sobre los derechos del paciente en este Hospital. Han presentado un déficit en el conocimiento con respecto a los documentos que tiene como derecho el paciente para expresar su voluntad. Coexiste una confusión entre el documento legal

denominado consentimiento informado (50,42%) y las directivas anticipadas (32,77%). Este conocimiento intermedio puede llevar a disminuir la calidad de atención de

**Palabras Claves:**

Derechos del paciente – Autonomía – Trato Digno – personalización – Intimidad – voluntad del paciente – directivas anticipadas.

## Introducción

Desde el punto de vista legal en Argentina la constitución nacional ha sufrido cambios durante el último siglo; más aún con el derecho a la vida donde se abrió paso a políticas importantes para la sociedad argentina ; es así como en el año 2009 se reglamentó la ley 26.529 llamada - ley de los derechos del paciente en relación con los profesionales de salud y las instituciones -Este documento incluye los derechos del paciente e historia clínica, consentimiento informado y un cambio que influyó directamente y realizó el gran cambio legal, fue el hacer hincapié y darle mayor valor a la autonomía de los pacientes.

En nuestra experiencia el área crítica siempre ha sido un lugar en el cual los pacientes se encuentran alejados de sus familiares, se hallan en compañía constante del personal de enfermería y otros profesionales de la salud que buscan brindarle la mejor atención personalizada, pero en su afán por lograrlo pueden incurrir en las acciones que indirectamente afectan el estado de salud y las necesidades de los paciente hospitalizados como la pérdida de la estima moral, generar pudor, molestias, incomodidad, ansiedad y muchas veces miedo.

Dadas las estructuras de las unidades de cuidados intensivos existe según su complejidad, una disminución de los espacios íntimos para los pacientes, las modernas y cómodas habitaciones con baño que se pueden encontrar en un área clínica o en una unidad de baja complejidad se sustituyen por box divididos por cortinas.

Se ha observado empíricamente la ausencia de intimidad del paciente y se ha oído en ocasiones reconocer al

paciente por su patología o número de cama en lugar del nombre o apellido, con esto se puede hacer sentir a la persona diferenciada, lo cual acarrea aumento de la ansiedad, disminución de la confianza del mismo hacia el equipo de salud y principalmente enfermería que se encuentra en contacto permanente con el paciente, cuya profesión implica algo más que el cuidado, donde su herramienta fundamental es la interacción y la empatía hacia ellos. Es por esto que nos hemos planteado la siguiente cuestión: ¿Cuál es el conocimiento sobre los derechos del paciente hospitalizado que posee el personal de enfermería de los sectores de Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de adultos, en cuanto a trato digno y autonomía, en el Hospital Italiano, en el mes de Noviembre de 2013?.

## Objetivo

Determinar el conocimiento sobre los derechos del paciente que posee el personal de enfermería de los sectores de Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de adultos del Hospital Italiano de Bs As, en el mes de Noviembre de 2013.

## Material y Métodos

Se ha realizado una Investigación cuantitativa, prospectiva y de corte transversal en los sectores de unidad de cuidados críticos cardiológicos y unidad de terapia intensiva del Hospital Italiano de Buenos Aires, dado que es un centro de referencia a nivel de salud en la República Argentina.

Para la muestra seleccionada se ha tenido en cuenta que el 46,5 % de la población pertenecía a UCIC (unidad de cuidados intensivos cardiológicos) y el 53,5% a UTIA (unidad de terapia intensiva de adultos). De este modo, el muestreo se conformó con 120 enfermeros, de los cuales 60 corresponden a unidad coronaria y el resto (60) a terapia intensiva de adultos.

**Criterios de Inclusión:** Personal de enfermería que esté a cargo de la atención directa de pacientes en UCIC y UTIA en todos los turnos laborales y con antigüedad laboral mayor a 6 (seis) meses.

**Criterios de Exclusión:** Personal de enfermería a cargo de la supervisión o coordinación del servicio.

Se ha utilizado el cuestionario de ocho preguntas de opción múltiple, de tipo anónimo y voluntario, utilizando las dimensiones principales trato digno y autonomía con sus indicadores y subindicadores correspondientes (ver figura 1).

En el análisis se ha clasificado el conocimiento de acuerdo a tres niveles, bajo (menor a 65 % de respuestas Correctas), intermedio (entre 66 y 89.9%) y alto (entre 90 a 99.9%) esto a partir de que el conocimiento sobre derechos del paciente es equivalente al 100% de las respuestas correctas del instrumento.

## Resultados

El resultado final que se obtiene demuestra que el personal de enfermería posee un conocimiento intermedio sobre derechos del paciente ya que presenta un 79,95% que equivale a 666 respuestas correctas y un 20,05 % que comprende 167 respuestas incorrectas.

(Ver figura 1 y 2)

Dimensión	Indicador	Acción / fundamento	Frecuencia				TOTAL
			Correctas	%%	Incorrectas		
Trato digno	Personalización	Llamar al paciente por su nombre y apellido	110	13,21	9	1,08	119
		Presentarse ante el paciente	86	10,33	33	3,96	119
	intimidad	Proteger la privacidad del paciente	112	13,45	7	0,84	119
		Derecho a la intimidad	104	12,49	15	1,80	119
Autonomía	Voluntad	Respetar la voluntad del paciente	102	12,25	17	2,04	119
		Directivas anticipadas	39	4,69	80	9,60	119
	información	Información clara al paciente	113	13,58	6	0,72	119
TOTAL			666	79,95	167	20,05	883

Figura 1

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre derechos del paciente hospitalizado en cuanto a trato digno, personalización, intimidad, autonomía, decisión e información clara al paciente en los sectores de Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de adultos del Hospital Italiano, en el mes de Noviembre de 2013.

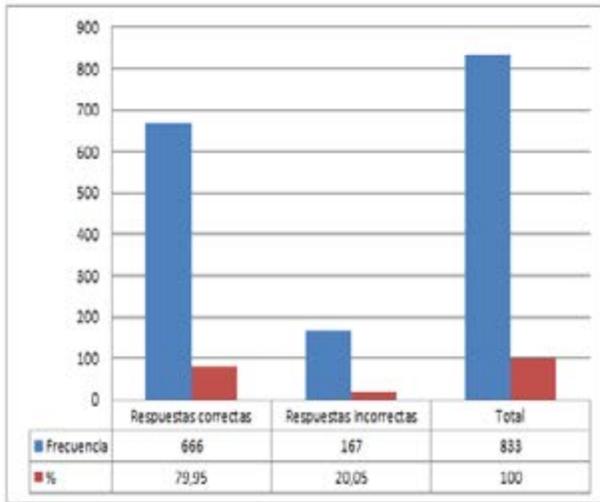


Figura 2

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre derechos del paciente hospitalizado en cuanto a trato digno, personalización, intimidad, autonomía, voluntad e información clara al paciente en los sectores de Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de adultos del Hospital Italiano, en el mes de Noviembre de 2013.

Por otra parte desde el punto de vista legal se ha demostrado que el 76, 47% (91) de los encuestados presentaba conocimiento de la existencia de un documento legal que contempla los derechos de los pacientes, por otro lado un 7,56% (9) lo ha relacionado con la ley de enfermería, y un 15, 96% (19) se ha abstenido de contestar por alguna opción. (Ver figura 3 y 4) .Lo que conlleva a debatir sobre los riesgos que puede implicar para un paciente que no se respeten sus derechos, o sus decisiones de acuerdo a un punto de vista ético y legal.

Documento	Frecuencia	%
Ley de enfermería	9	7,58
Ley de derechos del paciente	91	76,47
Otro ¿Cual?	0	0
No sabe no contesta	19	15,97
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Figura 3

Conocimiento del documento legal que protegen los derechos del paciente hospitalizado que poseen los enfermeros de los sectores de Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de adultos del Hospital Italiano, en el mes de Noviembre de 2013

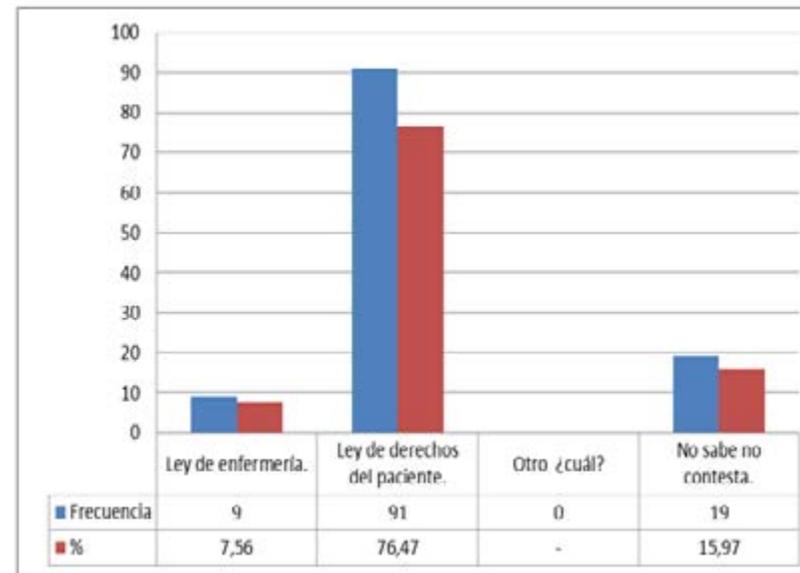


Figura 4

Conocimiento del documento legal que protegen los derechos del paciente hospitalizado que poseen los enfermeros de los sectores de Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de adultos del Hospital Italiano, en el mes de Noviembre de 2013

## Conclusiones

Un conocimiento intermedio en este caso evidencia un 20,05 % de respuestas incorrectas y esto es realmente importante ya que puede significar una disminución en la calidad de atención, con implicancias ético legales las cuales impactan en la atención diaria del paciente, esto puede inducir a alteraciones a causa del estrés hospitalario, la falta de intimidad y la despersonalización en la atención, lo que lleva a que la profesión de enfermería como si misma se encuentre en una contradicción, al no ver al paciente de forma holística como un ser biopsicosocial. Si el profesional de enfermería no conoce los derechos del paciente como documento legal puede ser visto en falta con su propia profesión, y puede atentar no sólo contra los derechos del paciente sino contra los derechos humanos. Más aun cuando coexiste una confusión entre el documento legal denominado consentimiento informado que brinda información al paciente y las directivas anticipadas que expresa información al personal sanitario sobre las decisiones del paciente. Cabe destacar el alto conocimiento en lo que respecta al modo de brindar información al paciente, lo que conlleva a aumentar el poder de participación del paciente en su tratamiento gracias a que el profesional de enfermería brinda un cuidado continuo y tiene la posibilidad de interactuar con el paciente, es un pilar fundamental en la recuperación del mismo, y eleva la importancia de la relación enfermero-paciente que se logra con una retroalimentación positiva ayudando tanto al que no ha elegido estar en una situación crítica de salud (nuestro paciente), como al que con altruismo y vocación ha decidido participar del cuidado de otro ser humano (el Enfermero/a).

## Bibliografía

- 1. Aguirre Arraya, *Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma, revista cubana de salud pública, recurso en línea, 2004, vol. 30, cuba, fecha de consulta agosto 2013.* <https://goo.gl/hSgbB1>
- 2. Aizemberg M. Reyez R. *El reconocimiento del derecho a la Autodeterminación en el Ordenamiento Jurídico Argentino: La consagración de las Directivas Médicas Anticipadas en la ley 26.529, [En línea] 2009. Consulta agosto 2013.*
- 3. Albarracín, Pedro, *Deshumanización del cuidado, una visión ética como docente de enfermería. Grupo RESic, Rol de Enfermería en situaciones críticas. 2006 - goo.gl/s1K3TS. Consulta agosto de 2013.*
- 4. Asociación Norteamericana de Hospitales. 1973. [www.psi.uba.ar](http://www.psi.uba.ar). [En línea] [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/723\\_etica2/material/normativas/declaracion\\_derechos\\_paciente.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/declaracion_derechos_paciente.pdf). Consulta agosto de 2013
- 5. Comisión nacional de arbitraje médico. 2007. *Derechos generales de Pacientes hospitalizados. CONAMED.* [<https://goo.gl/McVPpc>]. Consulta agosto de 2013
- 6. Hazinski MF, Samson R, Schexnayder S. *Handbook of Emergency Cardiovascular Care for Healthcare Providers. American Heart Association; 2010. En línea. Consulta Agosto 2013.*
- 7. Hontagaz, Antonio Ruiz. 2012. *Calidad de los Registros de Enfermería. Federación Argentina de Cardiología. [En línea] 2012. Consulta 4 de junio de 2013.*
- 8. Barrio Inés M., Simón Pablo. *El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones; más allá de las voluntades anticipadas. Enfermería Clínica. Madrid. Vol. 14 (4) pp. 235-241. 2004.*
- 9. Kutner, Luis "Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal," *Indiana Law Journal: Vol. 44: Iss. 4, Article 2. Available at: http://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2. 1969. Fecha consulta: Octubre 2013.*
- 10. McMurtry, S.L. *Surveys. En. R.m. Grinnell e Y.A. Urau (Eds). Social Work: Research and Evaluation: Quantitative and Qualitative Approaches (7ª Ed.). New York, EEUU. Oxford University. pp 97-111. 2005.*
- 11. Méndez C.G. *Actitud del paciente para ejercer sus derechos con base a información y conocimiento. Revista Mexicana de enfermería cardiológica, Mediagraphic, Vol. 14, núm. 1, pp 5-9. México DF. Abril 2006.*
- 12. *Ley 26.529 derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de salud. Ministerio de salud. Buenos Aires : s.n., 2009.*
- 13. Guix Oliver Joan, Fernández Ballart Joan, Sala Barbany Joan. *Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. Gac Sanit España; Vol 20 (6): pp. 465-472. 2006.*
- 14. Pace, Rosa Angelina y Hernández, Norma Caffaro. 2008. *Iniciación a la Bioética. Buenos Aires : Delhospital ediciones, 2008. Vol. I.*
- 15. Pan American Health Organization. 1981. *Carta de derechos del paciente. Declaración de Lisboa. [En línea] 1981. http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(56)p642.pdf. Consulta agosto de 2013.*
- 16. Potter V.R. *Bioethics: the science of survival. Journal Perspectives in Biology and Medicine. New York, 1970. Vol. 14 (1). Pag 127-153.*
- 17. Ramos Gómez L.A. Vales S.B. *Fundamentos de la ventilación mecánica. Marge medical book. 1ra edición, cap. 6, modos de soporte ventilatorio, pág. 81. 2012. Valencia España.*
- 18. Red Ciudadanía Activa. 2002. *Carta europea de Derechos del paciente. [En línea] noviembre, 2002. https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaraciones%20internacionales/carta%20europea%20de%20los%20derechos%20de%20los%20pacientes.pdf. consulta agosto de 2013*
- 19. Reich W.T. (coord): "Encyclopedia of Bioethics," Free Press. New York. 1978. Vol 4. Pag 116. 20. Rosso, Victoria. 2013. [entrev.] Esteban De Sagastizabal y Virginia Raniti. [ed.] Roxana García. Buenos Aires, Septiembre de 2013. *Directora carrera de enfermería del instituto universitario del Hospital Italiano, Especialista en Bioética, participante del comité de bioética del Hospital Italiano.*
- 21. *Ley 26529 Derechos del Paciente en relación con los profesionales de salud y las instituciones. Ministerio de Salud. [En línea]. 2009. http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio\_13/pdf\_Comun/ley\_26529\_salud\_publica.pdf consulta agosto de 2013. Consulta: Julio 2013.*
- 22. Tena Tamayo C. Sánchez González J. *La transfusión sanguínea y los derechos del paciente, Revista CONAMED, Vol. 10, n°2, abril-junio 2005. pág. 20. -En Línea-. http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev\_historico/REV35.pdf. Consulta junio 2013.*

# EL AUTOCUIDADO QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA REALIZA CON RESPECTO A SU SALUD CARDIOVASCULAR

---

## Autores:

### **Lic Patricia F. Koch**

*Licenciada en Enfermería (Universidad Austral) Enfermera Profesional de la Unidad de Cuidados Intermedios (Hospital "Magdalena V. de Martínez" de Gral. Pacheco-Bs. As.).*

### **Lic. Ana Cavallo**

*Licenciada en Enfermería (Universidad Austral) Enfermera Profesional de la Unidad de Terapia Intensiva (Sanatorio "Las Lomas" de San Isidro- Bs. As.).*

### **Lic. Rosana Rojas**

*Licenciada en Enfermería (Universidad Austral). Enfermera Profesional de la Unidad Neonatal (Hospital Austral de Pilar- Bs. As.).*

### **Enf. Paulina V. Vilca**

*Enfermera Profesional (Cruz Roja) Enfermera Profesional de la Unidad de Terapia Neonatal (Hospital "Bernardino Rivadavia" de la C.A.B.A.- Bs.As.)*

## Resumen

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos sobre el autocuidado cardiovascular que el personal de enfermería realiza sobre su propia salud. Esto se obtuvo mediante encuestas en los hospitales "Bernardino Rivadavia" de C.A.B.A., Hospital "Magdalena V. de Martínez" de Gral. Pacheco, el Sanatorio de la Trinidad de San Isidro y el Hospital Universitario Austral de Pilar, en el año 2016.

### Palabras claves:

Autocuidado, personal de enfermería y salud cardiovascular.

## Introducción

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte a nivel mundial, secundado por las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebrovasculares<sup>1</sup>.

En Argentina las enfermedades cardiovasculares también constituyen la primera causa de morbimortalidad en la población adulta. La mortalidad por infarto, que en otros países no supera el 4%, se ubica hoy entre el 10 y el 15% en nuestro país<sup>2</sup>.

Según la OMS, se puede distinguir entre factores de riesgo de la conducta modificables y factores de riesgo metabólicos/fisiológicos para adquirir la enfermedad.<sup>3</sup>

En los últimos años, se ha desarrollado un gran interés por lograr que los entornos laborales sean un ámbito de promoción y prevención de la salud, ya que proveen un marco adecuado para prevenir la enfermedad cardiovascular, mediante la adopción de una dieta saludable y actividad física<sup>4</sup>.

En Argentina no se ha hallado suficiente evidencia que describa la magnitud del problema de las enfermedades cardiovasculares en la población de enfermería.

En este sentido, el propósito de este estudio es determinar cuál es el autocuidado que el personal de enfermería realiza sobre su propia salud cardiovascular, teniendo en cuenta que el concepto de autocuidado implica adoptar en forma activa y consiente acciones para vivir saludablemente en forma cotidiana<sup>5</sup>.

## Marco teórico

La enfermedad cardiovascular es un nombre general para un conjunto de afecciones que se desarrollan a nivel del corazón y las arterias.

Los factores de riesgo son las características que posee un individuo y que amplifican las oportunidades de padecer una enfermedad.

Ciertos patrones de comportamiento y hábitos contribuyen a la aparición de estas enfermedades. Los factores de riesgo para aparición de enfermedad cardiovascular son: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, alcoholismo y dieta inadecuada<sup>6</sup>.

Para que estos hábitos o comportamientos sean considerados factores de riesgo deben cumplir ciertos requisitos: ser anteriores a la enfermedad, haber un fundamento biológico que los conecte y la rectificación de los mismos tiene que impedir la aparición de la enfermedad o mejorar su proceso<sup>2</sup>.

## Factores de riesgo

### Hábitos alimentarios:

Los hábitos alimentarios son definidos como los gustos y costumbres en la ingesta y/o uso de los alimentos. También constituyen aquellas decisiones que se toman a diario con respecto al tipo de alimento que se ingiere y, por lo general, son las que más afectan a la salud. Forma parte del estilo de vida. Dentro de este estilo de vida se encuentra el consumo de líquidos, a ser agua, bebidas endulcoradas y no endulcoradas, el consumo de carnes, lácteos, verduras, frutas y el uso de sal agregada en las comidas; como así también los alimentos no saludables, como productos refinados y procesados, azúcares, comidas rápidas, entre otras.

### Inactividad física:

Se define como sedentario, inactivo o de baja actividad física, al individuo que realiza menos de 30 minutos de trabajo físico la mayoría de los días de la semana<sup>7</sup>.

### Tabaquismo:

El tabaco aumenta notablemente la probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular. Es el factor de riesgo más prevenible. No hay un umbral de consumo seguro, fumar cualquier número de cigarrillos causa daño.<sup>8</sup>

Estar expuesto al humo del tabaco (pasivo o activo) se percibe inmediatamente pues el riesgo cardiovascular disminuye en un 50%. Al dejar de fumar se observan resultados favorables a nivel de la enfermedad vascular periférica y cerebrovascular, con descenso de la incidencia de ACV (Accidente Cerebro Vascular) isquémico y hemorrágico<sup>8, 9</sup>.

Dejar de fumar es la acción más costo-efectiva para evi-

tar la aparición de la enfermedad cardiovascular<sup>10, 11</sup>.

#### **Consumo de Alcohol:**

En Argentina se observa una mayor ingesta de alcohol en hombres respecto a las mujeres. Entre las consecuencias graves que provoca el consumo excesivo de alcohol se encuentra el incremento de la tensión arterial, cualquiera sea la edad o sexo del consumidor. Esto puede convertirse en un proceso crónico con consecuencias a nivel del sistema cardiovascular, sin posibilidad de reversión.<sup>12</sup>

#### **Sobrepeso y obesidad:**

La ingesta calórica por encima de los requerimientos diarios de energía, resulta en un almacenamiento de energía en forma de tejido adiposo. A medida que la cantidad de grasa acumulada aumenta, la persona desarrolla sobrepeso u obesidad<sup>13</sup>. Se considera que el peso corporal aumenta cuando el ingreso de energía supera al egreso<sup>13</sup>. Una herramienta que se utiliza para determinar el sobrepeso y la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se obtiene con la siguiente fórmula: peso [kg]/altura [cm]<sup>2</sup>

Según la OMS, el incremento del IMC se asocia a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. El exceso de peso aumenta el sufrimiento de los órganos corporales

#### **Hipertensión Arterial:**

Se define como la presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg sobre una presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg. La misma está asociada a la edad, la herencia genética y los hábitos o costumbres<sup>14- 15</sup>.

El riesgo cardiovascular global (RCG) define la probabilidad de padecer un evento cardiovascular grave, mortal o no, en un lapso de 10 años. Dicha probabilidad se calcula

mediante diversas tablas de puntaje como las tablas de predicción del riesgo de la OMS /ISH (Sociedad Internacional de Hipertensión), donde el riesgo está clasificado en ausencia de tal, moderado, alto y muy alto<sup>16</sup>.

Para estratificar el RCG en pacientes hipertensos se tienen en cuenta factores como: la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (edad, sexo, tabaquismo, dislipemia, obesidad abdominal, diabetes), los daños en órganos blanco para HTA( Hiper Tensión Arterial) como la hipertrofia del ventrículo izquierdo, compromiso renal, daño cerebral, retinopatía, presencia de placas ateroscleróticas en la íntima-media carotídea, y la existencia de otras condiciones clínicas asociadas como los accidentes cerebro vasculares(ACV), la insuficiencia renal crónica (IRC) o los ataques isquémicos transitorios (AIT). Esto posibilita la identificación de pacientes en mayor peligro y en los cuales las intervenciones deben realizarse prontamente<sup>2-17-18</sup>.

#### **Hiperlipidemia:**

Es la alteración cuali-cuantitativa de las lipoproteínas plasmáticas, debido a la modificación de la función de algunos componentes de las mismas por causa de trastornos metabólicos. La presencia de hiperlipidemia o colesterol elevado (> a 200 mg/dl) es un factor de riesgo importante para enfermedad cardio y cerebrovascular.<sup>19</sup> El objetivo del tratamiento de la dislipidemia es normalizar la alteración lipídica para disminuir su riesgo aterogénico<sup>19</sup>.

Pueden dividirse en primarias (alteraciones genéticas en las apoproteínas, enzimas y transportadores) y secundarias (a la alimentación, a fármacos, a patologías subyacentes u otros factores, como el sedentarismo, tabaquismo o alcoholismo) <sup>19</sup>.

#### **Hiperglucemia:**

Es el valor de laboratorio por encima de los 126 mg/dl de glucemia en sangre en ayunas. Tanto la hiperglucemia como la resistencia a la insulina tienen un papel primordial en el desarrollo de la arterioesclerosis por medio de diversos mecanismos tales como, disfunción endotelial por trastornos en la producción de óxido nítrico, vinculada a la resistencia a la insulina, inflamación vascular, dislipidemia aterogénica propia del síndrome metabólico, efectos protrombóticos y aumento del estrés oxidativo<sup>2-20-21-22</sup>.

En el síndrome metabólico la resistencia a la captación de glucosa por intermedio de la insulina, está acompañada por hipertensión, hipercolesterolemia, aumento de la circunferencia de la cintura y trastornos de la coagulación. Los pacientes que son tratados con dieta y ejercicio inhiben la progresión hacia la diabetes.<sup>23</sup>

## **Autocuidado**

*Se refiere a todo aquello que las personas hacen por sí misma con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades<sup>24</sup>.*

Dorotea Oren define el autocuidado como: *“Una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.*

## Objetivos

- Determinar cuál es el nivel de conocimiento de factores de riesgo cardiovascular.
- Identificar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personal de enfermería.
- Conocer si los enfermeros toman recaudos específicos sobre los factores de riesgo cardiovascular.

## Materiales y Métodos

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y estratificado. Las encuestas se realizaron con el personal de enfermería que se encontró desempeñando actividades en el Hospital Universitario Austral del partido de Pilar, el Hospital de Agudos "Bernardino Rivadavia" de la C.A.B.A., el Hospital de Agudos "Magdalena V. de Martínez" de Gral. Pacheco y el Sanatorio de la Trinidad en San Isidro en los meses de Enero y Febrero del 2016. El muestreo elegido para el estudio fue el aleatorio estratificado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. El total de la población fue de 1152 enfermeros y para llegar a la confianza deseada se realizaron 385 encuestas, lo que deja una encuesta cada 3 enfermeros.

Dicha encuesta fue auto administrada, anónima y voluntaria, estructurada con 7 variables sociodemográficas y 24 variables en estudio, con preguntas abiertas y cerradas.

## Resultados

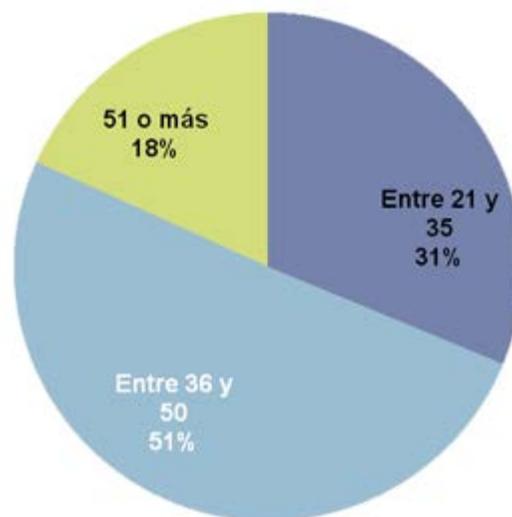
Para analizar las 384 encuestas se realizó una estadística descriptiva con gráficos y tablas, presentados con porcentajes.

Se sabe que dentro de los *Factores de Riesgo No Modificables* se encuentran el sexo y la edad, por lo que cabe destacar que la predominancia en enfermería es del sexo femenino y las edades oscilan entre 21 y 50 años, siendo los 30 a los 40 las edades con mayor propensión a las enfermedades cardiovasculares.

- Sexo femenino el 84%.
- Edades entre 21 y 35 años el 31%.
- Edades entre 36 y 50 años el 51%.

### Gráfico 1

Edad de la población encuestada



De las 322 encuestas realizadas a mujeres el 19,25% consume anticonceptivos. Esto las ubica dentro de las conductas con factores de riesgo.

Para los factores de riesgos modificables, los que han tenido mayores incrementos son:

- **Alimentación muy saludable:** 21/384 de los encuestados (5%).
- **Alimentación saludable:** 114/384 de los encuestados (30%).
- **Alimentación poco saludables:** 155/384 de los encuestados (40%).
- **Alimentación no saludables:** 94/384 de los encuestados (25%).

### Gráfico 2

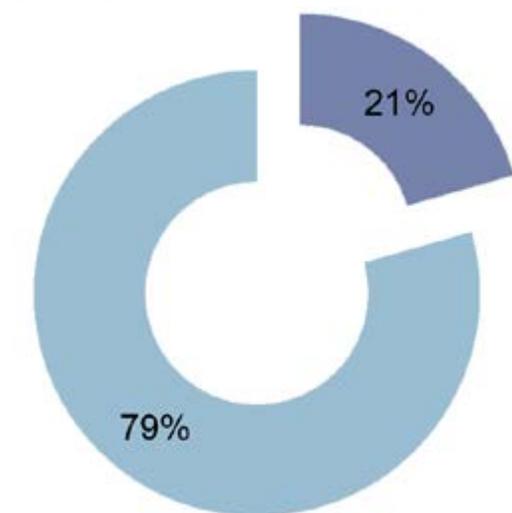
Esto nos indica que el 65% del total de los encuestados posee dietas poco saludables y alto riesgo de ECV.



## Sedentarismo o inactividad física y obesidad:

Se concluyó que 317/384 de los encuestados posee hábitos sedentarios (83%), de los cuales el 70% posee sobrepeso (IMC  $\geq$  25,00) u obesidad (IMC  $\geq$  30,00). Se evidencia un muy alto riesgo de ECV y se deja saber que nada más el 17% de los encuestados realiza alguna actividad física, aunque el 57% de este grupo posee sobrepeso u obesidad.

Gráfico 3



Realiza dieta especial  
No realizan dieta

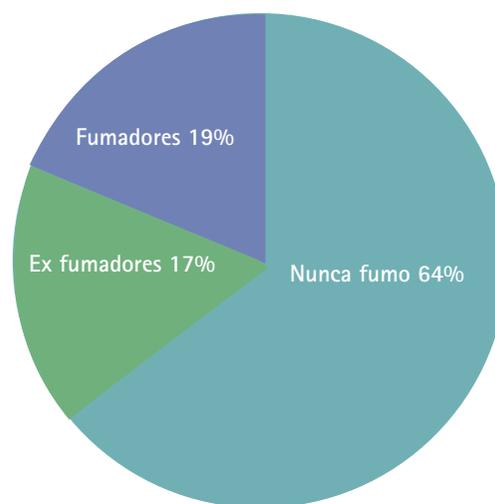
Sedentaria	317
Activa	67
Total	384

## Tabaquismo:

- De las 384 encuestas realizadas se encontró una muy baja incidencia de consumo de tabaco (36%).
- 245/384 enfermeros nunca fumaron (64%).
- 72/384 enfermeros fuma actualmente (19%).
- 67/384 enfermeros abandonó el hábito (17%).
- Esto demuestra la baja incidencia y difiere con estudios relacionados de otras partes del mundo.

Gráfico 4

Porcentajes de Enfermeros según consumo de tabaco.

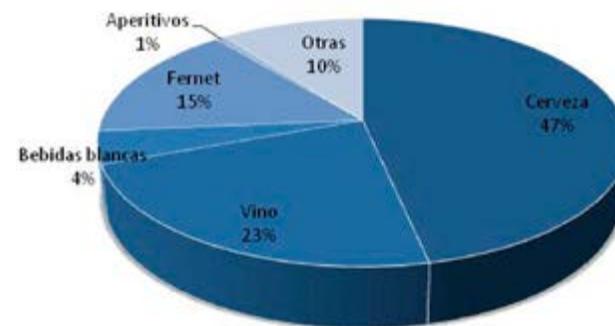


## Consumo de Alcohol:

- De los 384 enfermeros encuestados
- 165 enfermeros refirieron consumir alcohol habitualmente o en el último mes (42,96%).
- 219 enfermeros no consumen alcohol (57,03%).
- Las bebidas más consumidas fueron la cerveza y el vino.
- Se concluye que la incidencia de consumo de alcohol en baja con respecto a otras poblaciones.

Gráfico 5

Tendencia del consumo de bebidas alcohólicas



Se concluye que de la población encuestada:

- 331/ 384 enfermeros no posee hipertensión (86,2%), pero el 26% nunca se controla y únicamente el 27% se realiza los controles pertinentes, a pesar de tener los elementos para hacerlo, dejando a este grupo en riesgo de ECV.

- 53/384 enfermeros es hipertenso y 35/53 se realizan los controles semanalmente (66%).

#### De los enfermeros encuestados:

- 367/384 enfermeros no son diabéticos (95,6%).
- 3/384 enfermeros posee DBT tipo 1, y se observó gran adhesión al tratamiento (66,7% se controla habitualmente).
- 14/384 enfermeros posee DBT tipo 2, y un mínimo grupo no se adhiere al tratamiento (7,1%), esto los posiciona en un alto grado de riesgo de sufrir ECV (Enfermedad Cardio Vascular).

## Conclusiones

Entre los factores de riesgo no modificables, en enfermería el género femenino se presenta en forma mayoritaria y el rango de edad oscila entre 36 y 50 años, dejando a esta población con más probabilidades de adquirir una ECV.

Entre los factores de riesgos no modificables los valores más altos se vieron en la alimentación no saludable, el sedentarismo, el sobrepeso/obesidad y escasos controles médicos.

Se quisiera, basado en las conclusiones llegadas, que se capacite al personal de enfermería sobre su autocuidado, y se promuevan la vida saludable dentro de la profesión. Esto debe ser considerado desde la formación misma de la profesión, para que los enfermeros lo tengan incorporado como algo normal y/o habitual en sí mismo.

## Bibliografía

- 1- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Proyecto revisado y actualizado. Versión del 15 de marzo de 2013. Disponible en: <https://goo.gl/jg0xtk>
- 2- Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Prevención Cardiovascular. Revista Argentina de Cardiología. 2012; 2 (2): 1-125. Disponible en: <https://goo.gl/T2jge8>
- 3- Organización Mundial de la Salud. Industria Mundial de la Automedicación Responsable (IMAR). Federación Mundial del Corazón (WHF). International Stroke Society (ISS). Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares: no sea una víctima, protéjase. Ginebra, 2005. Disponible en: <https://goo.gl/2wjwQg>
- 4- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física. Informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto. Ginebra, 2008. Disponible en: <https://goo.gl/ZRgT92>
- 5- Pereda Acosta M. Enfermería Neurológica. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. 2011; 10(3):163-167. Disponible en: <https://goo.gl/yIHeaV>
- 6- Corbalán R. ¿Qué podemos hacer para modificar los factores de riesgo coronario? Rev Esp Cardiol. 2006; 59 (11):1089-92. Disponible en: <https://goo.gl/0CvSjY>
- 7- Crespo Salgado J, Delgado Martín J, Blanco Iglesias O, Aldecoa Landesa S. Guía básica de detección y manejo del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. Aten Primaria. 2015; 47 (3): 175-183. Disponible en: <https://goo.gl/KUvjcm>
- 8- Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco. Ginebra, 2007. Disponible en: <https://goo.gl/z1H1Od>
- 9- Organización Mundial de la Salud. International Agency For Research On Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Francia, 2004. Vol 83 Disponible en: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83-1.pdf>

10- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Argentina, 2012. Disponible en: <https://goo.gl/olcmL3>

11- Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud Pública Méx [Internet]. 2002 Ene [citado 2015 Sep 25]; 44(1): 144-160. Disponible en: <https://goo.gl/R6svQg>

12- MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU (NIH). Riesgos del consumo de alcohol para la salud. Disponible en: <https://goo.gl/TaIVJX>

13- Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Nutrición. Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y prácticas. Vol II. 9º Ed. Madrid: Pearson Educación; 2013. P. 1249-1279.

14- Sociedad Argentina de Cardiología. Revista Argentina de Cardiología. Consenso de Hipertensión Arterial. 2013; 81, suplemento 2. Disponible en: <https://goo.gl/MM0t16>

15- Marin M et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Rev Argent Cardiol 2012; 80:121-129. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v80n2/v80n2a05.pdf>

16- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/publications/list/PocketGL\\_spanish.pdf](http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf)

17- Rosendorff et al. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease: a scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. Hypertension. 2015; 65:1372-1407. Disponible en: <https://goo.gl/5Y2MSJ>

18- Redruello M et al. Prevalencia de factores de riesgo y riesgo cardiovascular global en la población de Tres Lomas. Sociedad Argentina de Cardiología. Rev Argent Cardiol 2008; 76:450-458. Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v76n6/v76n6a07.pdf>

19- Sociedad Argentina de Cardiología. Revista Argentina de Cardiología. Comisión de dislipemias. 2001; 69, suplemento 1. Disponible en:

<http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/comisionde-dislipemias1.pdf>

20- Escobedo J et al. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Latin America and its association with sub-clinical carotid athero-

sclerosis: the CARMELA cross sectional study. *Cardiovascular Diabetology*.2009; 8:52. Disponible en: <http://www.cardiab.com/content/8/1/52>

21- Bonneau G et al. *Insulinorresistencia y su relación con medidas antropométricas y presión arterial en un grupo de empleados hospitalarios, aparentemente sanos. Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Rev Argent Endocrinol Metab.* 2011; 48: 8-15. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v48n1/v48n1a02.pdf>

22- López Jaramillo A et. *Consenso Latinoamericano de Hipertensión en pacientes con Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. Clínica de Síndrome Metabólico, Prediabetes y Diabetes, Dirección de Investigaciones, Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL), Facultad de Medicina, Universidad de Santander, Colombia. An Venez Nutr* 2013; 26(1): 40 - 61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91029158012>

23- Sociedad Argentina de Cardiología. Comisión de Diabetes. *Revista Argentina de Cardiología.* 2001; 69, suplemento 1. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/comisiondiabetes1.pdf>

24- Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud.* Canadá, 1986. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE INTESTINAL. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN FAVALORO

---

Autor:

**Rivera Cespedes, Liliana**

*Universidad Favaloro*

## Resumen

La insuficiencia intestinal es una causa de morbilidad y mortalidad en niños y adultos. En los últimos 10 años hubo grandes avances en la alternativa quirúrgica de trasplante intestinal que mejoran la sobrevida de los pacientes. El trasplante de intestino ha sido el último de los trasplantes de órganos abdominales en desarrollarse, lo que implica un abordaje multidisciplinario en el que el personal de enfermería constituye una entidad fundamental para la atención de estos pacientes, que requieren múltiples cuidados altamente especializados.

### Palabras claves:

Falla intestinal – Enfermería – trasplante de intestino – post operatorio – cuidados.

## Introducción

En la actualidad el trasplante intestinal es una opción terapéutica viable para aquellos pacientes que padecen fracaso intestinal. En la mayoría de los casos el fallo intestinal es producido por una resección quirúrgica para tratar la enfermedad del paciente, produciendo un intestino corto, mientras que en otros casos el intestino tiene una longitud suficiente pero es incapaz de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

El equipo multidisciplinario de Trasplante Intestinal del Hospital Universitario Fundación Favaloro esta conformado por cirujanos de trasplante, gastroenterólogos, anesestesiólogos, intensivistas, patólogos, nutricionistas, trabajadora social, psicólogos y enfermeras.

Desde abril del año 2007 se han realizado trasplantes de intestino a pacientes provenientes de distintas provincias de Argentina, obteniendo buenos resultados, que les permitió lograr su independencia nutricional, con una calidad de vida excelente que incluye el retorno a su vida laboral.

En esta ocasión hemos querido revisar las tendencias actuales en el manejo peri operatorio de estos pacientes atendiendo especialmente al desafío que representa para la especialidad el cuidado postoperatorio.

## La falla intestinal

Cuando el intestino no es capaz de promover autonomía nutricional, las personas se deshidratan y desnutren.

Esta condición se conoce como insuficiencia o falla intestinal independientemente de la causa de la misma.

El origen de la falla puede deberse a los siguientes factores:

- Que el intestino delgado tenga una longitud menor a la necesaria para el normal cumplimiento de sus funciones. En los adultos suele medir aproximadamente 3.5 metros, sin embargo, con solo 50 centímetros en los niños o un metro en los adultos puede alcanzar su suficiencia en la mayoría de los casos mediante la adaptación intestinal; este cuadro se conoce como síndrome de intestino corto y es responsable de aproximadamente del 80% de los casos de falla o insuficiencia. El intestino grueso no desempeña un papel importante en la absorción de nutrientes, por lo que su pérdida o remoción no es causa de insuficiencia intestinal, siempre que el intestino delgado sea normal; aunque en casos de pérdida combinada sí puede contribuir al desarrollo de la insuficiencia sobre todo si se compromete durante la resección de la válvula íleo-cecal.
- Que haya una patología en la mucosa intestinal o bien en el complejo motor-nervioso que regula la motilidad intestinal.

En cualquiera de los dos casos se hace necesario recurrir a alguna forma de soporte nutricional para mantener el balance calórico e hídrico de la persona.

Entre los síntomas de falla intestinal se puede mencionar: diarrea persistente, deshidratación, pérdida de la masa muscular, retraso del crecimiento en los niños, infecciones frecuentes, pérdida de peso y fatiga.

Las patologías que llevan a la falla intestinal y su frecuencia en niños y adultos se mencionan en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS QUE LLEVAN A LA FALLA INTESTINAL		
Causas de falla intestinal	Adultos (porcentaje)	Niños (porcentaje)
Síndrome de intestino corto	74%	52%
Trastorno de la motilidad	18%	23%
Grandes enteropatías	6%	25%
Pacientes pediátricos		
Síndrome de i. corto congénito		27%
Enfermedad de la mucosa congénita		18%
Pseudo-obstrucción crónica intestinal		17%
Vólvulo		16%
Enterocolitis necrotizante		8%
Enfermedad de Hirschsprung		8%
Enfermedad de Crohn		6%
Pacientes adultos		
Isquemia mesentérica	27%	
Enfermedad de Crohn	24%	
Enterocolitis por radiación	14%	
Pseudo-obstrucción intestinal crónica	12%	
Complicaciones quirúrgicas	10%	
Poliposis familiar	8%	
Cáncer	5%	

*(Reproduced from Pironi et al. (27), with permission from Blackwell Publishing)*

## Tabla 2

ETIOLOGÍA DE FALLA INTESTINAL EN EL ADULTO				
Iatrogénicas	Isquémicas	Infiltrativas	Obstructivas	Funcionales
Traumatismos Trauma penetrante Cirugías iatrogénicas	Embolismo arterial Oclusión venosa Shock hipovolémico	Tumores desmoides Carcinoma Amiloidosis Tumores malignos	Adherencias Hernia interna Enterocolitis por radiación	Pseudo-obstrucción. Sobre crecimiento bacteriano

*Reproduced from Pironi et al. (32), with permission from Blackwell Publishing)*

## Opciones de tratamiento frente a la falla intestinal

Según las características del paciente, se puede optar por uno o varios de los siguientes tratamientos:

- **Nutrición parenteral total:** consiste en la administración de soluciones nutritivas por vía endovenosa para el aporte de líquidos y calorías. Esta puede ser transitoria o permanente, hospitalaria o domiciliaria, según el caso y sigue siendo la primera indicación para pacientes con esta patología.
- **Rehabilitación intestinal:** En pacientes con determinadas características anatómicas, se puede rehabilitar el intestino remanente por medio de manipulaciones en la alimentación enteral. Por medio de

técnicas quirúrgicas, recuperando la suficiencia intestinal para así prescindir de la nutrición parenteral, pero sin necesidad del trasplante.

- **Trasplante:** Se presenta como una opción terapéutica válida cuando los pacientes con insuficiencia intestinal crónica desarrollan complicaciones asociadas a la nutrición parenteral, como pueden ser signos de disfunción hepática, infecciones recurrentes del catéter o pérdida de accesos vasculares, entre otras. Existen tres tipos de trasplante de intestino; de intestino aislado, intestino-hígado combinado o multivisceral. La indicación de los mismos dependerá del grado de disfunción hepática.

## Tipos de trasplante de intestino

A. Trasplante de intestino aislado

B. Trasplante combinado hígado-intestino; para pacientes que han desarrollado falla hepática irreversible asociada a la nutrición parenteral

C. Trasplante multivisceral (además del hígado y del intestino, se trasplanta el estómago, el duodeno y el páncreas) para pacientes que tienen tumores abdominales que solo pueden ser extraídos removiendo varios órganos.

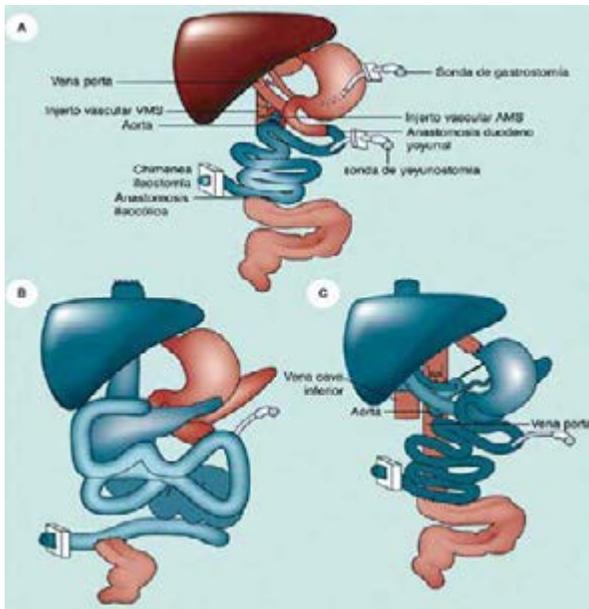


Fig. 1 tipos de trasplantes de intestino

## Las etapas del trasplante de intestino

### La evaluación pre trasplante

El objetivo principal de la evaluación pre trasplante es determinar si el trasplante de intestino es la mejor opción de tratamiento y si no existen contraindicaciones para realizarlo. Los requisitos constan de una serie completa de estudios de diagnóstico, funcionales y de muestras biológicas (sangre, orina) e interconsultas con especialistas que brinden información para la preparación previa a la cirugía.

### En lista de espera

Una vez que se determina si es candidato, el equipo médico lo registrará en una lista de espera única nacional para trasplante cadavérico y se lo evaluará periódicamente en consultorios. Los coordinadores deben estar informados sobre los números de teléfono en los que se puedan localizar al candidato a trasplante durante las 24 horas, los 365 días del año.

El lugar de residencia del paciente deberá ser cercano a la Institución donde se realizará el trasplante (no más de dos horas de transporte) para que se pueda llegar en poco tiempo si apareciera un posible donante. Se debe tener en cuenta que también deberá residir cerca de la institución en el post-trasplante temprano, es decir, 60 a 90 días como mínimo.

El tiempo de permanencia en la lista de espera dependerá fundamentalmente de que exista una donación y la prioridad en el orden obedece a factores como la severidad de la enfermedad, el tamaño corporal o el grupo sanguíneo, por mencionar algunos.

La etapa durante la cual se encuentra en lista de espera para trasplante puede resultar un momento difícil en el que puede ser necesario contar con asistencia psicológica y social individual y familiar.

### El día de trasplante

El proceso quirúrgico del trasplante de intestino aislado habitualmente demora entre 8 y 12 horas y un trasplante combinado de hígado intestino puede llevar de 12 a 24 horas.

### Atención de Enfermería en el pos-operatorio

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio del trasplante de intestino son de gran relevancia y deben ser llevados a cabo por profesionales portadores de conocimientos y experiencia en el área de cuidados críticos, con previo entrenamiento en relación al tema. Los puntos a tener en cuenta a la hora de la asignación del trabajo de enfermería para la recepción del paciente trasplantado son:

Alto grado de complejidad, Ratio de enfermería 1:1, Aislamiento estricto, Intensa inmunosupresión, Alto riesgo de complicaciones infecciosas.

### Preparación de la Unidad

Es responsabilidad exclusiva de enfermería el armado de la unidad para la recepción postoperatoria del paciente trasplantado. La misma consta de equipamiento (monitor, respirador, calientador) elementos individuales e insumos descartables requeridos para su atención. A continuación se hará mención únicamente del Equipamiento específico para la recepción del trasplante de intestino:

- Doppler portátil
- Sistemas de aspiración de altas y bajas presiones (central)
- Frascos reservorios bitubulados (tipo F-5)
- Llaves o válvulas de López
- Bolsa de ileostomía
- Bolsas colectoras
- Hojas de registro de enfermería con ítems acorde al tipo de trasplante

#### **Dispositivos que porta un paciente trasplantado en el postoperatorio inmediato**

- Tubo oro-traqueal.
- 1 o 2 catéteres venosos centrales. (de corta y larga permanencia)
- Catéter de Swan Ganz.
- Catéter arterial
- 1 catéter venoso periférico.
- 2 o 3 drenajes abdominales tipo Jackson Pratt
- Ileostomía
- Tubo gastro-yeyunal.
- Sonda nasogástrica
- Sonda vesical con sistema de medición PIA

#### **Objetivos de los cuidados**

- Optimizar la vía aérea.
- Preservar rangos normales de la hemodinamia
- Preservar equilibrio hidroelectrolítico
- Llevar a cabo de manera estricta la terapia inmunosupresora.
- Detectar precozmente signos de posibles episodios de rechazo y complicaciones
- Optimizar la necesidad nutricional progresiva.
- Optimización de la termorregulación.

- Complimentar con tratamiento farmacológico
- Adecuar terapia analgésica.

#### **Cuidados específicos**

**Catéter Venoso Central (de corta y larga duración).** Los catéteres de larga duración deben habilitarse únicamente para la nutrición parenteral, en muchos casos estos accesos vasculares fueron colocados con guía radiológica por la dificultad de acceder aun vaso central por lo cual es fundamental la preservación del mismo. Las curaciones de este catéter se realizan con técnica estéril cuando son de larga duración y con técnica aséptica en el caso de los de corta permanencia.

**Herida quirúrgica xifopubiana.** Por su gran tamaño y proximidad a la ileostomía representa un alto riesgo de infección, se la debe mantener limpia y seca, valorar la evolución diaria, reconocer posibles signos de complicaciones como ser dehiscencias, evisceración, infecciones . Promover intervenciones preventivas como ser colocación de faja abdominal pasadas las 72 horas .

**Drenajes.** Pueden ser en numero de 2 o 3 siempre aspirativos y abdominales que aspiran el contenido de colecciones próximas al lecho quirúrgico del implante, se debe controlar la funcionalidad y débito de manera regular, desagotando los mismos cada 6 horas y su correspondiente registro.

**Ileostomía.** Es necesario que la ileostomía tenga colocada una bolsa transparente de tres piezas con desagote para facilitar el conteo estricto del débito, que permita valorar el aspecto y color del ostoma y a la vez realizar controles

doppler de la arteria que irriga el intestino injertado.

**Gastroyeyunostomía.** Consiste en un tubo con doble salida una que ancla en la cámara gástrica y la segunda distal con orificio de salida en la primera porción de yeyuno. Las primeras 48 horas este tubo junto a la sonda nasogástrica debe estar conectado a un circuito de aspiración continua intermitente con debito a gravedad, alternado 30 minutos en cada ciclo, con la finalidad de evitar filtraciones promoviendo la adecuada cicatrización de las anastomosis. También cumple con la finalidad de vía para administración de medicamentos.

**Sistema de medición de presión intra-abdominal.** Consistente en un transductor de presiones conectado a la sonda vesical con el mismo método de la medición de la presión arterial invasiva, con la diferencia que no requiere estrictamente soluciones presurizadas, pero si un volumen basal presente en la vejiga de aproximadamente 50 ml de solución fisiológica para su medición.

**Nutrición parenteral total y Nutrición Enteral.** En el post-operatorio se debe fomentar la optimización progresiva de la nutrición parenteral y enteral.

Posteriormente en la etapa alejada del post-operatorio se debe promover la discontinuación sistemática del soporte nutricional, principalmente si la evolución permite completar el aporte calórico diario por vía orali.

La Nutrición Parenteral Total se inicia entre las 24-48 horas post-trasplante si el paciente se encuentra estable hemodinamicamente.

La Nutrición Enteral se inicia 5-7 días post Tx. , luego de un estudio de SEG D completa, que permitan verificar las anastomosis permeables y sin filtraciones, como

segundo criterio una Endoscopia y Biopsias del injerto intestinal normales que demuestren bajo riesgo de aspiración y Motilidad GI adecuada .

La conexión y inicio de la nutrición parenteral se realiza cada 24 horas con técnica estéril con dos operadores contando con formulas magistrales para la necesidad individual de cada paciente.

**Inmunosupresión.** Los esquemas de inmusupresión van a variar según los anticuerpos encontrados en el donante y carga linfocitaria del receptor pueden ser:

*Timoglobulina EV* (si la prueba sanguínea de compatibilidad Cross match es positiva)

*Basiliximab* (simulect) (si la prueba sanguínea de compatibilidad Cross match es negativa)

*Metilprednisolona* . Como inmunosupresión primaria en una sola dosis diaria

*Tacrolimus*, inmunosupresión primaria ,a partir del primer día una toma cada 12 horas por yeyunostomía.

**Profilaxis antimicrobiana peri operatoria.** La profilaxis debe basarse en cultivos positivos previos/ históricos.

*Anti-bacteriana.* Ampicilina/Sulbactam, Cefotaxima

*Anti-viral.* Ganciclovyr, Vaganciclovir

*Anti-protozoaria.* Trimetoprima/Sulfametoxazol

*Anti-fúngica.* Fluconazol, Nistatina

*Profilaxis para TBC.* Isoniacida. ( Cuando hay antecedentes de TBC)

**Analgesia.** Opiodes

## Conclusiones

La población de pacientes insuficientes intestinales que requieren trasplante de intestino en relación al resto de pacientes en espera de otros órganos es mínima en el país, sin embargo debemos ser conscientes que el abordaje en esta etapa de cuidados peri operatorios involucra de pleno al personal de enfermería, lo que trasciende en el éxito de una buena evolución. Hay evidencia de que la organización sistematizada en los cuidados de enfermería basados principalmente en conocimiento teórico-científico, aportan en gran manera el logro de la sobrevida de los pacientes.

## Bibliografía

1. *La población de pacientes insuficientes intestinales que requieren trasplante de intestino en relación al resto de pacientes en espera de otros órganos es mínima en el país, sin embargo debemos ser conscientes que el abordaje en esta etapa de cuidados peri operatorios involucra de pleno al personal de enfermería, lo que trasciende en el éxito de una buena evolución. Hay evidencia de que la organización sistematizada en los cuidados de enfermería basados principalmente en conocimiento teórico-científico, aportan en gran manera el logro de la sobrevida de los pacientes.*
2. Langnas, A. N., Goulet, O., Quigley, E. M., & Tappenden, K. A. (Eds.). *Intestinal failure: diagnosis, management and transplantation.* 2009. John Wiley & Sons.
3. *Historias Clínicas , experiencia y evidencia de trasplantes de intestino en la Unidad de UCI Tx. Hospital Universitario Fundación Favaloro 2007-2015.*
4. *Manual del candidato a trasplante intestinal. Unidad de nutrición, rehabilitación y trasplante Intestinal. Hospital Universitario Fundación Favaloro 2015.*
5. Mera, MJ Frade, et al. "Evolución y cuidados del trasplante intestinal en el postoperatorio inmediato." *Enfermería intensiva* 18.2 ( 2007): 61-69.
6. Juliao Baños, F, et al. "Trasplante de intestino delgado:" una realidad en Colombia." *Revista Colombiana de Gastroenterología* 23.2 (2008): 166-178.

# ENFERMERÍA ¿DELEGA COMPETENCIAS?

Autor:

**Enf. Ortega Copa, Juan Ignacio.**

*Alumno de la Licenciatura en Enfermería  
con Orientación en Emergentología y Trauma del Colegio Militar de la Nación*

## Resumen

El presente artículo pretende aportar el debate a través de un análisis de ciertos factores que influyen en el desarrollo completo de todas las habilidades y competencias que el enfermero de a poco delega hacia carreras intermedias y de corto cursado que conllevan a la pérdida de las mismas, denotando algunas deficiencias, comenzando desde lo legislativo y abarcando el contexto socio-cultural del propio profesional, que debe perfeccionarse para un correcto funcionamiento del equipo multidisciplinario de salud del cual forma parte. Se analiza cómo el servicio de enfermería se ve afectado por el mercado, la oferta y demanda, produciendo que el personal disminuya su labor y se vea parcializado por falta de medidas que permitan un aumento de competencias y no, un menoscabo de la profesión.

**Palabras claves:**

Competencias-Enfermería - Carreras Intermedias  
Legislativo - Sociocultural.

La situación de Enfermería en Argentina debe ser analizada desde varias perspectivas que se mencionarán de forma correlativa y con la mejor coherencia posible para los lectores. Lo primero que se debe mencionar es la Ley de Superior 24.521 que deja instaurado un órgano de control como la CONEAU y la Ley de Educación de Tecnicaturas 26.058.

La falta de cumplimentación de las instituciones de nuestra Ley de Enfermería 24.004 junto con los respectivos actores sociales que no la hacen cumplimentar, como son los propios enfermeros, configuran el problema de la falta de profesionales de enfermería y la fácil inserción laboral de los

estudiantes al finalizar la tecnicatura, el dilema costo-beneficio que utilizan algunos hospitales, sin desmerecer a ninguno de ellos, que disminuyen sus gastos y no permiten la capacitación de sus integrantes y por último la mala utilización de políticas no sólo educativas sino de control que permitan mejorar las problemáticas de salud, permiten mencionar la frase "La táctica no resuelve problemas de la estrategia".

## 1. Análisis de la Ley de Educación Superior 24.521

La autora Marta Arana analiza el impacto de esta ley sobre la sociedad y la educación Argentina, con respecto a la relación entre la universidad y la sociedad, la educación o el sistema escolar que garantiza la existencia de una sociedad letrada, una de las condiciones para la integración al mercado internacional. Las universidades privadas comienzan a tener un rol protagónico en la formación académica. El crecimiento y diversificación institucional en la Argentina tornaron imperativo que el Estado asumiera un nuevo rol como garante de la calidad de los productos educativos, siendo a la vez generador de información suficiente y apropiada para la toma de decisiones<sup>1</sup>. Esto nos lleva a pensar ¿El control es constante?, ¿Se nos brinda a los profesionales el desarrollo de competencias suficientes? ¿Existen políticas del Estado que permitan estrategias para servicios de Salud eficientes? Es de destacar lo de Pérez Lindo cuando indica "No basta con una Ley Superior bien inspirada, sin duda, para actualizar la formación de alumnos, sin el correlato de la profesionalización de los docentes, sin escuelas modernas de tiempo completo, sin un modelo de referencia. No basta introducir computadoras en el sector público si no cambia la cultura burocrática tradicional, si los empleados no están profesionalizados y remunerados adecuadamente para prestar servicios eficientes. No basta con crear in-

---

1 Marta Arana- Daniel Velázquez- Karina Bianculli. Organización del Sistema Universitario. La ruptura la L.E.S.(24.521) .Revista de Educación. 2013.2 (3):145-148.

centivos a la investigación en las universidades si el país no tiene objetivos estratégicos en los campos científicos y tecnológicos. No basta con declarar el interés por las pequeñas y medianas empresas si no existe la voluntad de valorizarlas realmente en un modelo de crecimiento y de modernización"<sup>2</sup>.

Realizando un breve análisis de la Ley de Educación de Tecnicaturas Nro. 26.058 en su artículo 46, fija un órgano, el Consejo Nacional de Educación, Trabajo y Producción, como órgano consultivo y propositivo en las materias y cuestiones que prevé la presente ley.

Es de gran relevancia mencionar el artículo 47:

ARTICULO 47. — Las funciones del Consejo Nacional de Educación, Trabajo y Producción son:

a) Gestionar la colaboración y conciliar los intereses de los sectores productivos y actores sociales en materia de educación técnico profesional.

b) Promover la vinculación de la educación técnico profesional con el mundo laboral a través de las entidades que cada miembro representa, así como la creación de consejos provinciales de educación, trabajo y producción.<sup>3</sup>

Nuestra pregunta es ¿Existe un correcto estudio del mercado e inserción en instituciones? ¿Se fomenta a la articulación de técnicas a carreras de grado? Analicemos la situación de los auxiliares de enfermería que es "el boom

---

2. (Pérez Lindo:2009:218)

3. Ley Nacional de Educación de Tecnicaturas 26.058. Año 2005.

del mercado actual" en muchas provincias de nuestro territorio nacional, y una carrera de fácil acceso, la cual crece en masa, ya que es de fácil acceso laboral y además tiene corta duración, sin la posibilidad de poder ampliarlas con pocas ofertas académicas para poder lograr una licenciatura de complementación, ofreciendo desde su inicio títulos intermedios y carreras cortas.

En el marco anárquico de desarrollo de las ofertas terciarias, es de señalar la tendencia registrada en cuanto a ofrecer CARRERAS PARA NUEVAS DEMANDAS DEL SECTOR SERVICIOS que en general, no ofrecen las universidades. Faltaría perfeccionar la articulación entre este tipo de tecnicaturas con las carreras universitarias afines con el objeto de posibilitar que estos egresados puedan acceder a títulos de grado y posgrado. El fuerte crecimiento cuantitativo que registraron –tanto en número de instituciones como de los alumnos – se explica por qué parece haber satisfecho una demanda social no atendida por las instituciones universitarias..<sup>4</sup>

En la relación con las carreras de grado de enfermería, se ha producido la creación de múltiples ofertas con criterios muchas veces contradictorios, gran diversificación –hasta excesiva– en algunas áreas profesionales o prácticamente ninguna en otras.

## 2. Análisis de la Enfermería en la Argentina

La situación de Enfermería en Argentina según datos del Ministerio de Salud en el año 2009 arrojó la siguiente información:

Ocurre que existe un bajo nivel de profesionalización: Según datos del Ministerio de Salud, mientras las auxiliares representan el 63 por ciento del

total del personal de enfermería en el sistema de salud pública; los enfermeros alcanzan el 30 por ciento, y los licenciados sólo el 7 por ciento.

Esta información pone de manifiesto lo planteado por la OMS y la OPS, el estado crítico de la oferta profesional de enfermería con formación de grado para brindar a la población cuidados de calidad.

La salida laboral es excelente, el 100% de los egresados trabaja de forma inmediata al finalizar la tecnicatura, con la posibilidad de empleo que trae como consecuencia el abandono o retraso en la obtención del título de licenciado.<sup>5</sup>

Es por lo antes expuesto que existe una pérdida de competencias del enfermero profesional porque existen una gran cantidad de asistentes de enfermería o personal

entrenado en las distintas instituciones de salud que, de a poco, absorben las competencias del enfermero, pero también a la vez los hospitales se benefician con esto, al no contratar el personal suficiente ni el adecuado, ya que existen instituciones donde estos trabajadores de la salud tienen por ejemplo el rol de "movilizadores de pacientes", función y competencia del enfermero, la cual tiene entre otras la posibilidad de valorar continuamente al paciente, no cubriendo de esta manera expectativas de calidad en salud.

El gran problema, más allá de lo salarial, son las condiciones, el medio ambiente de trabajo y la modalidad de contratación, lo que provoca en muchos colegas trabajar en condiciones paupérrimas. La falta de nombramientos en los hospitales, la contratación por medio de becas por muchos años y, en algunos casos, la modalidad de planes asistenciales elaborados por el Estado, son el motivo de esta problemática. En lo privado la sobrecarga laboral por falta de

descanso, por exceso de pacientes, con el agravante además de que la mayoría de los trabajadores enfermeros naturalizaron el doble empleo, ya sea en una misma institución por medio de módulo en el público y por medio de recargo en lo privado está generado por los salarios magros que se le pagan hoy en día a los trabajadores enfermeros.<sup>6</sup>

---

4. Elaborado a a partir de Norberto Fernández Lamarra "La Educación superior Argentina en debate"; Eudeba IESALC/ UNESCO, Buenos Aires, 2003.

---

5. Disponible en: <http://untref.edu.ar/carrerasgrado/enfermeria/>

---

6. Disponible en: <http://www.anenf.com.ar/2016/04/epidemia-mundial-enfermeria-en.html>

## Conclusiones

A modo de reflexión, sugerimos que debemos entender que la situación actual de las competencias del enfermero es una consecuencia de varios factores que lo vuelven complejo y que llevan a un ámbito de reflexión, no solo del propio profesional, sino en un contexto socio-político, y, si se quiere agregar, legislativo. Es por ello que llegar a comprender que los problemas de salud no solo comienzan con lo educativo ni son propiamente de salud, afecta a escalones muy superiores de control, ya que a mayor control, mejor atención, mejor calidad.

## Bibliografía

1. Marta Arana- Daniel Velázquez- Karina Bianculli. *Organización del Sistema Universitario. La ruptura la L.E.S.(24.521) .Revista de Educación. 2013.2 (3):145-148.*
2. (Pérez Lindo: 2009:218)
3. *Ley Nacional de Educación de Tecnicaturas 26.058. Año 2005.*
4. *Elaborado a a partir de Norberto Fernández Lamarra "La Educación superior Argentina en debate," Eudeba IESALC/UNESCO, Buenos Aires, 2003.*
5. *Disponible en: <http://untref.edu.ar/carrerasgrado/enfermeria/>*
6. *Disponible en: <http://www.anenf.com.ar/2016/04/epidemia-mundial-enfermeria-en.html>*

# Desafíos

Enfermería & Educación / Diciembre 2015

ISSN 2591-5436