

REVISTA ACADÉMICA  
**seys**

*Salud, Educación  
y Sociedad*



Semestral / Vol. 2 / Núm. 1 / marzo 2023

1

ISSN: 2796-986X



Mariana Buchin - "Un toro y siete vaquitas"  
Técnica collagraph

# *Equipo editorial*

---

## **Director**

Pedro Silberman

## **Directora Asociada**

Mónica Priotti

## **Comité Editorial**

Adolfo Stubrin, Universidad Nacional del Litoral, Argentina

Alberto Dottavio, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Alicia Castagna, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Darío Maiorana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Germán Guaresti, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

Ianina Lois, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ileana Beade, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Jorge Barragán, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Larisa Carrera, Universidad Nacional del Litoral, Argentina

Leonardo Caruana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Marta Quaglino, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Martín Silberman, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Melisa Campana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Mónica Baez, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Oswaldo Patiño, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Pablo Badr, Universidad Nacional del Sur, Argentina

Roberto Campos Navarro, Universidad Nacional Autónoma de México, México

## **Secretaria Ejecutiva**

Laura Castagno

## **Editora Técnica**

Ayelén Suriak

## **Redactor y Corrector de Textos**

Manuel Díaz

## **Diseño Gráfico**

Emilio Mussio



**UGR** Universidad  
del Gran Rosario

# Índice

---

## Nota editorial:

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| El laberinto de la inseguridad ..... | 4 |
| <i>María Eugenia Cereigido</i>       |   |

## Artículos:

|   |   |
|---|---|
| Perspectivas teóricas metodológicas para el abordaje de problemas vinculados a la migración de mujeres con sufrimiento mental a través de la autoatención ..... | 6 |
| <i>José Luis Aguirre</i>  |   |

|   |    |
|---|----|
| Trabajo en red como estrategia de gestión para el abordaje de la obesidad infantil en San Carlos de Bariloche: experiencias prepandemia y perspectivas actuales ..... | 25 |
| <i>Germán Guaresti; Marcos Clausen; Vivian Mathis; Águeda Andersen; Felipe De Rosas</i>   |    |

|   |    |
|---|----|
| Subdimensiones de la cultura de seguridad del/la paciente y protección radiológica en actividades profesionales con radiaciones ionizantes en el campo de la enfermería ..... | 40 |
| <i>Mariela Bellotti</i>   |    |

|  |    |
|--|----|
| Estrés laboral y <i>burnout</i> en kinesiólogos/as con orientación en neurorrehabilitación en la ciudad de Rosario ..... | 56 |
| <i>Marina Terradez; Pablo Luis Martino; Sebastián Ramos; Virginia Trossero</i>   |    |

# Nota editorial

---

## *El laberinto de la inseguridad*

Todo laberinto es un camino complejo. No sabemos cómo nos hemos metido, ni sabemos cuándo ni cómo vamos a salir de ahí. Quedamos atrapados en ellos, pero tienen una salida. Hallarla no es una acción simple.

A mi modo de ver, y sin que implique una visión sesgada y/o demagógica, la salida del laberinto es el *conocimiento*. Algo has tenido que aprender en el camino.

Hablar sobre la seguridad o la falta de ella reviste –en épocas actuales– una complejidad inusitada. Máxime porque más allá de los conceptos teóricos y posibles análisis que sobre el particular puedan hacerse, la sensibilidad de la comunidad sobre la temática nos exige ser respetuosos, cautos, pero firmes en la convicción de que no existe una única solución o fórmulas fáciles. No hay atajos posibles. Lo cierto es que la seguridad ciudadana y su conflictividad afectan a todos/as los/as ciudadanos/as –de forma directa o indirecta– y es el Estado quien debe diseñar una política pública en la materia, a través de gestiones que necesariamente deben ser *integrales, coherentes e inclusivas*.

En el imaginario social se suele pensar en la (in)seguridad solo en términos delictivos. No obstante, más allá de que ello es lo que nos impacta finalmente en nuestra cotidianidad, los problemas de inseguridad no deben circunscribirse a la policía ni únicamente a aspectos normativos. El delito es el resultado de algo previo.

El indiscutible fracaso de las políticas de seguridad tradicionales, en lo que respecta a la prevención y concreción del delito, nos interpela a pensar y diseñar nuevas formas de plantear la seguridad pública y ciudadana. Es allí donde las instituciones como la Universidad deben estar presentes y contribuir a generar una verdadera transformación social.

*Propender a la capacitación del saber básico que permita la formación de dirigentes capaces de intervenir en el desarrollo de políticas adecuadas, mediante la profesionalización de la gestión de la seguridad, es, sin dudas, un puntapié inicial, aunque no el único.*

La seguridad como disciplina es un pilar fundamental para la consolidación de un sistema democrático. Como tal, es imprescindible que esté presente en el *debate académico*.

No obstante, la violencia, las amenazas, las manifestaciones delictuales organizadas y sus efectos sobre la seguridad pública y ciudadana no pueden ser combatidos exitosamente en forma aislada. Es imperativo incorporar al/la ciudadano/a como sujeto en la discusión y/o definición acerca del tema. Asimismo, es preciso lograr un equilibrio entre la responsabilidad del Estado y la de *garantizar la seguridad y los derechos individuales y colectivos* de todos y todas quienes formamos parte de la sociedad.

Para ello, se requiere cambiar el paradigma y pensar en la seguridad como verdadera política de Estado: a largo plazo, e independiente de las agendas electorales o partidarias, con el consenso de todos los sectores involucrados.

Se requiere de un *acuerdo* que incluya un abordaje interdisciplinario e integral, tanto desde el punto de vista social, habitacional, cultural, educativo, de salud como penal, para la ejecución de programas multi-sectoriales.

La prevención exige que se adopten medidas allí donde esté la causa del problema y es importante determinar los factores responsables del delito y de la inseguridad. Porque el delito es la manifestación aguda de conflictos personales y sociales complejos. En ese marco, el sistema penal, de forma aislada, solo capta una parte del conflicto, sin alcanzar el trasfondo social y personal, que ha incidido en su comisión.

Ninguna de ellas podrá asumirse sin previamente tomar la decisión política de involucrarse en el tema. Esta decisión debe partir primariamente del municipio, que es quien mejor conoce las necesidades del/la vecino/a, en un marco participativo a nivel local, provincial y nacional.

En este sentido, se hace imprescindible alinear las acciones de los diferentes sectores estatales hacia un mismo objetivo: la reducción de la violencia. A su vez, es necesario integrar la dimensión de seguridad ciudadana dentro de las otras agendas de desarrollo, ya sean culturales, urbanísticas, deportivas o sociales.

Si pretendemos un cambio que nos permita empezar a dar solución al problema, el primer elemento es, sin lugar a dudas, comenzar por hacerse cargo.

Del laberinto de la inseguridad podemos salir –como del laberinto griego– siguiendo el hilo de Ariadna. Esto es, con un plan de acción pensado y planificado, con enfoque en el objetivo, con una mirada hacia atrás para poder avanzar. Sin embargo, también hemos visto

que del laberinto griego se puede salir por arriba y, en ese intento, corremos el riesgo de volver a caer en el mismo lugar.

En suma, necesitamos un compromiso real de todos/as los/as agentes involucrados, tanto públicos como privados. Debemos enfocar nuestros esfuerzos. No hay tiempo de excusas.

### **María Eugenia Cereigido**

*Abogada*

*Directora de la Licenciatura en Seguridad Pública y Ciudadana, de la Tecnicatura Universitaria en Seguridad Pública y Ciudadana y del Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura en Seguridad Pública y Ciudadana*

*Universidad del Gran Rosario, Argentina*

# *Perspectivas teóricas metodológicas para el abordaje de problemas vinculados a la migración de mujeres con sufrimiento mental a través de la autoatención*

*Methodological Theoretical Perspectives for Addressing Problems Related to the Migration of Women with Mental Suffering Through Self-Care*

## *Autor*

*José Luis Aguirre* - jlaguirre65@gmail.com -  
Psicólogo. Doctor en Salud Colectiva. Rector de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 07/07/2022

ACEPTADO 06/09/2022

## *Resumen*

Este trabajo es parte de una Tesis Doctoral finalizada en 2019 en el marco del Doctorado de Salud Colectiva del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. El trabajo tiene el objetivo de exponer las herramientas teóricas metodológicas con las que fue abordada la pesquisa de los principales sufrimientos mentales de un grupo de mujeres migrantes y presentar las estrategias de autoatención utilizadas para afrontar, tratar, aliviar y prevenir dichos sufrimientos. Para llevar adelante este estudio, planteamos una metodología de corte etnográfico, en una población migrante, proveniente de diferentes lugares, en la ciudad de Venado Tuerto, al sur de la provincia de Santa Fe, Argentina. El trabajo de campo se realizó entre enero de 2014 y junio de 2015. Trabajamos en la observación e indagación, a través de entrevistas en profundidad con seis mujeres de reciente migración, con las actividades de autoatención de los sufrimientos psicosociales y mentales autopercebidos por ellas. Realizamos entrevistas a parte del equipo del centro de salud que atiende a estas mujeres, y se indagaron las representaciones y prácticas de los/as agentes de salud del barrio. El trabajo revela que los principales problemas relacionados con el sufrimiento mental de las mujeres están íntimamente vinculados, por una parte, con la violencia de género, tanto físi-



ca como psicológica, ejercida por sus parejas masculinas y, por otra, con las situaciones de desarraigo producidas por la migración. Estas relaciones y situaciones se desarrollan en un escenario social de pobreza y marginación. Con este estudio quisimos demostrar que existe una variedad de estrategias de autoatención utilizadas por las mujeres migrantes en relación con los sufrimientos psicosociales y mentales. Algunas de ellas son: expresar a través del llanto y la angustia el sufrimiento mental; rezar y encomendarse a una entidad trascendente con la esperanza de protección y cuidado; participar de organizaciones religiosas a los fines de restablecer lazos sociales amistosos, contenedores y que den un sentido no vinculado al sufrimiento; ayudar a otras mujeres; estudiar y/o trabajar como forma de conectarse con otras dimensiones; enfermarse; y enunciar o hacer público el maltrato. Las estrategias de autoatención son construidas por la población a partir de sus propios saberes y experiencias articuladas con saberes biomédicos y alternativos presentes en las comunidades y, en la práctica, constituyen el primer nivel de atención real y el más utilizado por los sujetos y los microgrupos.

## ***Palabras clave***

- Migración
- Autoatención
- Violencia de género
- Salud mental
- Argentina

## ***Summary***

This work is part of a Doctoral Thesis completed in 2019 within the framework of the Collective Health Doctorate of the Collective Health Institute of the National University of Lanús. The objective of this work is to expose the methodological theoretical tools with which the investigation of the main mental sufferings of a group of migrant women were approached and to present the self-care strategies used to face, treat, alleviate and prevent said sufferings.

To carry out this study, we propose an ethnographic methodology, in a migrant population from different places in the city of Venado Tuerto, south of the province of Santa Fe (Argentina). The field work was carried out between January 2014 and June 2015. We work on observation and inquiry, through in-depth interviews with six women of recent migration, with self-care activities of psychosocial and mental suffering perceived by them. We conducted interviews with the health center team that attends to these women, and their presentations and practices of the neighborhood health agents were investigated. The work reveals that the main problems related to the mental suffering of women are intimately linked, on the one hand, with gender violence, both physical and psychological, exerted by their male partners and, on the other, with uprooting situations caused by migration. These relationships and situations are developed in a social scenario of poverty and marginalization. With this study we want to demonstrate that there is a variety of self-care strategies used by migrant women in relation to psychosocial and mental suffering. Some of them are: expressing mental suffering through tears and anguish; pray and

entrust themselves to a transcendent entity with the hope of protection and care; participate in religious organizations in order to reestablish friendly social ties, containers and give a meaning not linked to suffering; help other women; study and work as a way to connect with other dimensions; to get sick; and state or make public the abuse. These self-care strategies are constructed by the population from their own knowledge and experiences articulated with biomedical and alternative knowledge present in the communities and, in practice, constitute the first level of real care most used by the subjects and the microgroups.

## ***Keywords***

- Migration
- Self-care
- Gender violence
- Mental health
- Argentina

## ***Perspectivas teóricas***

En nuestro estudio sobre el problema de la autoatención del sufrimiento mental por parte de las mujeres migrantes hemos tomado seis enfoques teóricos –y a su vez metodológicos– que, a nuestro entender, pueden acercarnos a la comprensión del problema anterior, a saber: a)

una perspectiva sobre la construcción de la subjetividad basada en las conceptualizaciones de Gilles Deleuze y Félix Guattari sobre las máquinas sociales subjetivantes del capitalismo mundial integrado, y sobre los efectos de esa subjetivación en el campo de la salud mental y el sufrimiento mental; b) una perspectiva teórica de la construcción del género y sus diversas capturas y sometimientos por parte del sistema patriarcal de producción y organización social; c) algunas ideas freudianas sobre la formación, desarrollo y funcionamiento del dolor en el aparato anímico y en los sujetos a través de algunos fenómenos psíquicos como el duelo, la melancolía, la inhibición y la angustia; d) la conceptualización sobre las estrategias de autoatención que utilizan las mujeres migrantes para afrontar el sufrimiento mental, a partir del modelo planteado por Eduardo Menéndez; e) el carácter sociohistórico del proceso salud-enfermedad-atención-prevención; f) el enfoque relacional y los modelos de atención, también de Eduardo Menéndez.

## ***Producción de subjetividad y sufrimiento mental***

En relación con nuestra reflexión sobre la construcción de la subjetividad, en el caso de las mujeres migrantes, vamos a referirnos a una perspectiva teórica que presenta Gerda Lerner (1990), donde se plantea que el patriarcado es una creación histórica elaborada por hombres y mujeres en un proceso comenzado hace, por lo menos, 2.500 años. Lerner plantea que la primera forma del patriarcado apareció en el estado arcaico, cuya unidad básica de organización fue la familia patriarcal, que expresaba y generaba constantemente sus normas y valores para



todos sus miembros. En la familia patriarcal, las funciones que se consideraban apropiadas a cada sexo venían expresadas en los valores, las costumbres, las leyes, los papeles sociales y en las principales metáforas que sirvieron para explicar el mundo que habitaban y las relaciones de dominación naturalizadas.

Lerner también plantea que, durante casi cuatro mil años, las mujeres han desarrollado sus vidas y han actuado a la sombra del patriarcado, concretamente de una forma de patriarcado que podría definirse mejor como dominación paternalista. La dominación paternalista es la relación entre un grupo dominante, al que se considera superior, y un grupo subordinado, al que se considera inferior, en la que la dominación queda mitigada por las obligaciones mutuas y los deberes recíprocos (Lerner, 1990). En el caso que nos ocupa, el dominado cambia sumisión por protección; trabajo no remunerado por manutención. Según Lerner, las mujeres han participado durante milenios en el proceso de su propia subordinación porque se las ha moldeado psicológicamente para que interioricen la idea de su propia inferioridad. Para ello, la ignorancia de su historia de luchas y logros ha sido una de las principales formas de mantenerlas subordinadas. La estrecha conexión de las mujeres con las estructuras familiares hizo que cualquier intento de solidaridad femenina y cohesión de grupo resultara extremadamente problemático. Toda mujer estaba vinculada a los parientes masculinos de su familia de origen a través de unos lazos que conllevaban obligaciones específicas. Su adoctrinamiento, desde la primera infancia en adelante, subrayaba sus obligaciones no solo de hacer una contribución económica a sus parientes y allegados, sino también de aceptar un compañero para casarse de forma acorde con los intereses familiares. Otra manera de explicarlo es decir que el control sexual de la mujer estaba

ligado a la protección paternalista y que, en las diferentes etapas de su vida, ella cambiaba de protectores masculinos sin superar nunca la etapa infantil de estar subordinada y protegida.

Esa conceptualización es muy importante para este trabajo, ya que nos permite acercarnos a los acontecimientos, historias y sufrimientos de las mujeres entrevistadas desde una perspectiva teórica que echa luz sobre la construcción sociohistórica de su sometimiento. El sometimiento y la explotación, producto de tantos sufrimientos para las mujeres, son construidos en el cuerpo y el alma de generaciones de otras mujeres en la historia y la conflictiva social, tanto de Oriente como de Occidente. Comprender esa construcción social e histórica es comprender los modos de sufrimientos mentales y psicosociales y las formas en que las mujeres los sobrellevan en su vida cotidiana.

Desde otra perspectiva, y con la mirada puesta en el modo de producción capitalista, Deleuze y Guattari (1988) definen la subjetividad como el conjunto de condiciones por las que instancias individuales y/o colectivas son capaces de emerger como territorios existenciales *sui referencial*, en adyacencia o en relación de delimitación con una alteridad a su vez subjetiva. La subjetividad no se fabrica solo a través de los estadios psicogenéticos, como lo plantea el psicoanálisis, o de otras psicologías y sociologías, sino también en las grandes máquinas sociales, massmediáticas o lingüísticas. De una manera general, cada grupo y cada individuo vehiculiza su propio sistema de modelización de la subjetividad, hecho de puntos de referencias cognitivas, míticas, rituales, sintomatológicas, a partir de los cuales cada sujeto se relaciona con sus afectos, angustias, dolor, e intenta gestionar sus inhibiciones y pulsiones.

Todo lo que es producido por la subjetivación capitalística llega por el lenguaje, por la familia y por los equipamientos que nos rodean. No es

solo una cuestión de ideas o de significaciones por medio de enunciados significantes. No se reducen a modelos de identidad, identificaciones familiaristas maternas, paternas. Se trata más bien de sistemas de conexión directa entre las grandes máquinas productivas –sistemas de producción, sistemas educativos, sistemas familiares, sistemas de salud, económicos, de relaciones de clases, religiosos–, las grandes máquinas de control social y las instancias psíquicas que definen la manera de percibir el mundo. Guattari y Rolnik (2013) conceptualizan a la gran máquina subjetivante como capitalismo mundial integrado (CMI) y le asignan la tarea de no solo producir poder para controlar las relaciones sociales y las relaciones de poder, sino que también produce una subjetividad que se constituye como la materia prima de toda y cualquier producción. Esta subjetividad está caracterizada fundamentalmente por sus aspectos –gestos, lenguajes, modos de ser, de percibir– capturados por el orden hegemónico capitalista que produce alienaciones y por su potencia de irrupción para quebrar ese orden imperante, lo que es denominado como esquizia del sujeto.

De esta manera, por ejemplo, cuando un imperio o potencia mundial quiere instalar sus posibilidades de expansión económica en el Tercer Mundo, comienza primero a trabajar procesos de subjetivación. Para nuestro caso, sin el proceso de subjetivación en la hegemonía del hombre sobre la mujer, muchos de los padecimientos de nuestras entrevistadas no se darían de la forma en que se dan. Ellas no se someterían de la forma en que lo hacen a la explotación laboral dentro y fuera del hogar, a la violencia de sus parejas, a una posición de sumisión con respecto a ellos. Sin este trabajo previo a las fuerzas productivas y a las de consumo, sin un trabajo sobre todos los medios de semiotización económica, comercial, industrial, las realidades sociales locales no

podrían ser controladas. El orden capitalístico es proyectado en la realidad del mundo y en la realidad psíquica. Incide en los esquemas de conducta, de acción, de gestualidad, de pensamiento, de sentido, de afecto, entre otros, y en los montajes de la percepción, de la memorización y en la modelización de las instancias intrasubjetivas.

Este orden, además, produce los modos de las relaciones humanas hasta en sus propias representaciones inconscientes, los modos en los cuales las personas trabajan, son educadas, aman, hablan. Fabrica, también, la relación con la producción, con la naturaleza, con los hechos, con el movimiento, con el cuerpo, con la alimentación, con el presente, con el pasado y con el futuro; fabrica la relación del hombre y la mujer con el mundo y consigo mismo/a. La máquina subjetivante produce explotación, alienación, enfermedad, locura y muerte. No menos cierto es que a partir de las máquinas subjetivantes se dan, también, procesos de singularización. Esto es, procesos que logran desalienar a los sujetos y a los grupos de las determinaciones subjetivantes hegemónicas y se reapropian de territorios existenciales más dignos a su libertad y dignidad. Se da cuando los sujetos y los grupos captan la situación de explotación o enfermedad, cuando construyen sus propios tipos de referencias prácticas y teóricas, cuando pueden permanecer a una cierta distancia de las dependencias que impone el poder global. El proceso de singularización es algo que frustra los mecanismos de incorporación de los valores capitalísticos. Es algo que puede conducir a la afirmación de valores en un registro particular, independientemente de las escalas de valores que nos cercan y acechan por todos los costados de la organización social. A partir del momento en el que los grupos adquieren esa libertad de vivir sus propios procesos, pasan a tener capacidad para leer su propia situación y aquello que pasa en torno a ellos. Esa capacidad es

la que les va a dar una posibilidad de creación, autonomía y salud. Esto lo hemos observado y escuchado en nuestras entrevistadas. Educadas y preformadas en los valores familiares patriarcales, hijas, madres, hermanas y abuelas pobres, explotadas, violentadas por un orden despótico y segregador al que, sin embargo, muchas veces justifican. Allí es donde precisamente muestran las marcas de la subjetivación de la máquina capitalística. Se trata de mujeres que han ocupado un lugar en la sociedad asignado por el poder hegemónico de los hombres en el exterior de la sociedad, pero que también han interiorizado en sus almas ese lugar de explotación. Precisamente ese lugar de explotación las ha llevado a puntos existenciales donde lo que se juega es la propia vida, y entonces toman decisiones definitivas en algunos casos, o paulatinas y parciales en otros, que las ayudan a desprenderse de esas posiciones de explotación y ganar autonomía, libertad y dignidad. También se observa en ellas que este proceso de singularización no es continuo ni permanente, sino que es parcial, segmentado y muchas veces es abortado por la violencia de los poderes macro y microsociales. Hasta aquí hemos presentado lo que consideramos el eje central de los procesos de subjetivación en los sujetos y los grupos, sus posibles implicancias en la producción de modos de estar y hacer en el mundo, lo que, por supuesto, conlleva a percibir y afrontar el sufrimiento mental que producen esos encuentros con el mundo, es decir, con los/as otros/as.

## *Sobre el sufrimiento mental*

Dicho lo anterior, vamos a explicitar qué entendemos por sufrimiento

mental, ahora desde una perspectiva psicoanalítica más centrada en los síntomas específicos que aparecen en el cuerpo y en el psiquismo. En este sentido, el sufrimiento mental se refiere a aquellas expresiones sintomáticas que, en el límite de lo somático, producen afectaciones dolorosas, reales o imaginarias, en el cuerpo de los sujetos y/o en sus tramas relacionales, a nivel individual y/o colectivo.

En la teoría psicoanalítica, se plantea que, en relación con el dolor, la melancolía es como una suerte de recogimiento dentro de lo psíquico, que tiene un efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación (Freud, 1996c). El dolor proviene de la soltura de estas asociaciones: “como inhibición, este recogimiento tiene el mismo efecto de una herida, análogamente al dolor (...) en la melancolía el agujero está en lo psíquico” (Freud, 1996c: 246-247). El autor retoma tal desarrollo en “Duelo y Melancolía”, al afirmar que “el complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura (que en las neurosis de transferencia hemos llamado ‘contrainvestidura’) y vacía al yo hasta el empobrecimiento total” (1996b: 250). La melancolía, planteada en términos de una herida abierta que encarna el dolor en un agujero en lo psíquico, se diferencia del duelo, pues mientras en este último la pérdida se da a nivel del objeto, en la melancolía atañe a la estructura del yo. Por la herida abierta se dispersa la libido, se vacía el yo. En *Más allá del principio de placer*, Freud propone:

Llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo. El dolor es, por tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto; la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto (2004: 2521).

Rosalba, una de nuestras entrevistadas, luego de los acontecimientos en Villa Soldati, entra en un estado de melancolía que la arroja a la depresión y al intento de suicidio. Lo mismo sucede cuando su marido le pega sistemáticamente, y ella no encuentra salida a la situación. Rosa, otra entrevistada, se ve llevada a esa situación de violencia extrema. En un primer momento, hasta que puede reaccionar, queda detenida en la tristeza y la inacción. El caso de Carmen puede ser pensado desde esta perspectiva: cómo lo traumático, el dolor, es una herida por donde el sujeto se vacía y es arrojado a la depresión y a las ideas de muerte.

Tal como lo plantea Duche Pérez (2012), para Freud la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu. Más bien, el proceso de comprensión de la muerte (o pulsión de muerte) es crucial para comprender por qué la muerte solo es pensable cuando se hace visible en primera persona. En su texto “De guerra y muerte. Temas de actualidad”, Freud sostiene que, mientras que la muerte nos es ajena, el sentido de inmortalidad nos permite entender que el mundo gira a nuestro alrededor, y que la muerte es un acto cotidiano pero impersonal ya que “...nuestro inconsciente (...) no conoce absolutamente nada negativo (...) y por consiguiente tampoco conoce la propia muerte, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. Entonces, nada pulsional en nosotros solicita a la creencia en la muerte” (1996a: 297-298).

En el caso de Cristina, otra de las mujeres entrevistadas, podemos encontrar cómo la muerte de sus familiares en su infancia construye un modo de sufrimiento particular que gira en el desamparo y la angustia permanente.

Emiliano Galende (1983) plantea una idea que, a nuestro entender, sintetiza nuestra exposición de las ideas de Deleuze, Guattari y Freud: “toda sociedad nos plantea una subjetividad situada en su tiempo histó-

rico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental” (1983: 82). La afirmación de una modalidad histórica de producción de valores de salud mental y, por lo tanto, de la definición de enfermedad, no debe entenderse en el sentido de un relativismo cultural. Se trata de mostrar que el daño mental solo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego. Desde Freud sabemos que el sujeto normal, aquel capaz de actuar y transformar la realidad displacentera, es un logro posible del hombre y la mujer, no un dato espontáneo del desarrollo humano.

### *Modelos de atención de los padecimientos: el caso de la autoatención*

De acuerdo con nuestro razonamiento anterior sobre el proceso salud-enfermedad-atención-prevención (PSEAP) y la constitución del sufrimiento mental, plantearemos que los sujetos y los grupos utilizan todos los recursos disponibles a su alcance para aliviar, erradicar, controlar y evadir el sufrimiento. Estos recursos son saberes y prácticas que están presentes en el espacio social de esos sujetos y grupos. En este trabajo, acudimos a la perspectiva de la antropología sociocultural, que aborda los aspectos que nos interesan del PSEAP. En este sentido, Eduardo Menéndez (2003) desarrolló una serie de conceptos que tomaremos como referencia para nuestro desarrollo teórico.

El autor plantea que existen diversas formas de atención de los padecimientos, incluidas las establecidas e institucionalizadas por la biomedicina, y que los grupos poblacionales hacen uso de ellas para detectar,

diagnosticar, tratar y rehabilitarse de los sufrimientos ocasionados por el desgaste que produce el sistema de producción y reproducción social. Las formas de atención de la enfermedad están generadas por las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas de dicha población y crean modalidades, en general, antagónicas, diferenciales y complementarias con la atención biomédica. Se plantea, de esta manera, un pluralismo médico por parte de la población, aun contra la resistencia o no de los/as diferentes curadores/as profesionales que pretenden detentar una cierta hegemonía sobre las demás modalidades de atención.

Existen varios factores que operan sobre el pluralismo médico, a saber, la expansión de la biomedicina, incluida la formidable y global tecnología de la industria química farmacológica, las migraciones nacionales e internacionales, la globalización de los medios masivos de comunicación, las posibilidades económicas de los diferentes sectores sociales y los niveles educativos formales. Estos, y otros factores, posibilitan que, ante la aparición de las enfermedades, padecimientos y sufrimientos, los sujetos y los grupos utilicen las diferentes formas de atención que operan en su contexto y a las que tienen acceso. A nivel general, reconocemos las siguientes formas de atención: atención biomédica, atención de tipo popular y tradicional (curanderos/as, brujos/as, curas sanadores, entre otros), atención alternativa o *new age*, atención que proviene de otras tradiciones culturales (ayurvédicas, acupuntura, reiki), y atención centrada en la autoatención (que incluye los grupos de autoayuda). Ahora bien, estas formas tienen una utilización diferencial a nivel profesional y poblacional. Entre los/as profesionales aparecen tensiones por la lucha en pos de una hegemonía, principalmente desde la biomedicina. Si existe alguna utilización de otras formas de atención, la

biomedicina las incorpora en una situación subalterna de complemento o suplemento de su *praxis*.

En cambio, a nivel de la población, grupos y sujetos, la utilización está articulada en forma más horizontal y tolerante, ya que se busca la resolución eficaz del sufrimiento más allá de qué modalidad de atención se utilice. En este nivel, la utilización de los diferentes saberes y prácticas es más dinámica y articulada que en el nivel profesional. La diferenciación en la utilización está dada principalmente por los objetivos específicos que buscan ambos: por parte de la corporación médica, expandir el proceso de medicalización en la sociedad en pos de mercantilizar todas sus actividades; por parte de la población, aliviar su sufrimiento. En el sector de los/as curadores/as que no pertenecen a la biomedicina, se observa la utilización de prácticas y elementos de este campo como, por ejemplo, medicamentos. Esto se debe a la búsqueda de una mayor eficacia en la tarea curativa y a la disposición de la información biomédica que los programas de atención primaria de la salud y las fuentes de información de los medios masivos de comunicación ofrecen en todos los sectores de la sociedad.

En síntesis, la biomedicina y las otras formas de atención enumeradas pretenden una legitimación social exclusiva de sus saberes y prácticas que les permita excluir las demás formas, para así lograr una hegemonía en la capacidad de resolver los problemas de salud. La población, los grupos y los sujetos utilizan de manera compleja, articulada y dinámica todas las formas de atención que puedan solucionar eficazmente su sufrimiento. Esto último se constituye en un aspecto central. Es decir, la producción de síntesis, articulación y entramado de diferentes formas de atención que se convierten en una modalidad de autoatención.

Precisamente, con base en lo mencionado es que planteamos la autoa-

tención. Es el recurso que primero (y más) se utiliza. Es aquella forma de detectar, diagnosticar y decidir qué tipo de tratamiento se le dará al sufrimiento sin la intervención directa de curadores/as. La autoatención es la forma más frecuente y constante de atención entre la población y es el principal articulador práctico de las diferentes formas de atención. Menéndez la conceptualiza como:

profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En definitiva, la autoatención se refiere a las representaciones y (...) las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se independice, cuando menos en términos de autonomía relativa (2003: 198).

La autoatención puede ser considerada en dos niveles: general y restringido. El primero se relaciona con la reproducción biosocial de los grupos y los sujetos a escalas más familiares en el devenir de la vida cotidiana, en el marco de las determinaciones impuestas por las costumbres y tradiciones del medio sociocultural donde habitan. Se incluyen todas las actividades de

mantenimiento y reproducción de la vida cotidiana, como la alimentación, la obtención y adecuación del agua para el consumo, el aseo, el esparcimiento, los cuidados del medioambiente cercano y del propio cuerpo, la preparación de los rituales de cuidados de los/as enfermos/as crónicos/as, terminales y de la misma muerte, de los duelos por las pérdidas y de la recuperación y rehabilitación de las capacidades, funciones y lazos sociales perdidos. Es un nivel predominantemente grupal donde están incluidos los grupos familiares, escolares, de trabajo, de diversión, amistad y religiosos. En cambio, el nivel restringido se acota en las representaciones y prácticas que intervienen intencionalmente en el PSEAP a nivel individual. Nos interesa analizar este nivel, teniendo en cuenta que, entre ambos niveles, no está clara la delimitación, porque el primer nivel produce marcos de conductas, pautas y determinaciones en las acciones de autoatención del nivel individual.

Una práctica muy frecuente de autoatención es la automedicación, entendida como todas las actividades que se relacionan con la administración, hacia sí mismo/a o hacia otros/as, de sustancias químicas naturales o industrializadas, legales o no, sin la intervención profesional de los/as curadores/as (biomédicos/as, alternativos/as, tradicionales y otros/as) que buscan aliviar, atenuar o eliminar el sufrimiento y/o producir estados de placer, concentración mental, mayor rendimiento físico o éxtasis emocional o espiritual (Menéndez, 2003).

Otro concepto vinculado a la autoatención, y muy utilizado, es el de autocuidado. Se refiere a las actividades que se llevan a cabo para prevenir enfermedades y para promover situaciones de salud más alejadas de la enfermedad. Es un concepto muy vinculado al de estilos de vida y, por lo tanto, contiene un sesgo marcadamente individualista, porque se responsabiliza a los sujetos de sus cuidados. La automedicación y el autocuidado están incluidos dentro del concepto integrador y amplio de autoatención. La diferencia



radica en que la autoatención remite siempre a un grupo social, mientras que el concepto de autocuidado remite al individuo. La autoatención es un proceso estructural, constante y en permanente cambio. Menéndez sostendrá que:

el carácter estructural de la autoatención deviene de algunos hechos básicos, e implica que aquélla se constituye como un proceso necesario en toda cultura a través de las acciones de los pequeños grupos para contribuir a asegurar el proceso de reproducción biosocial. Todo pequeño grupo, en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padecimientos, daños y/o problemas que afectan a la salud de uno o más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves, agudos y transitorios, y pueden hallar solución o por lo menos alivio mediante las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos *padecimientos siempre han existido* enfermedades crónicas que, para que no se traduzcan en muerte prematura, requieren que el sujeto y su microgrupo se constituyan en partes activas del proceso de atención, dado que, sobre todo para algunos padecimientos, la autoatención resulta decisiva para la supervivencia y/o la calidad de vida del sujeto enfermo (2003: 200, énfasis original).

El carácter central de la autoatención en los grupos y sujetos está dado por la frecuencia de las enfermedades y padecimientos que deben soportar durante el transcurso de su vida. Además, debemos agregarle la exigencia social para cumplir con determinados estándares estéticos y de estilos de vida que son interiorizados y actuados por los grupos y sujetos, con el objetivo de ser incluidos y aceptados por los/as otros/as.

Esta exigencia conduce a la aplicación, sobre sí mismo/a y sobre los/as demás, de prácticas y representaciones en torno a la salud física y emocional que antes estaban por fuera del campo de las intervenciones de la salud. Un ejemplo es someterse a psicoterapias por sufrimientos que, en otros períodos históricos, se resolvían en situaciones de participación social. En esta línea contamos con los ya famosos síndromes de desatención en niños/as que asisten a las escuelas, donde la dificultad organizacional de la institución no puede contener ni captar una atención infantil, a menos que estén medicados/as para evitar o atenuar el movimiento físico (Conrad, 1987). Otro fenómeno muy extendido es el de las cirugías estéticas y las dietas para adelgazar, donde la principal motivación está puesta en la preocupación por la imagen.

La autoatención es la primera medida que se implementa para detectar y diagnosticar un padecimiento. Luego, aparecen medidas de tratamiento en las que pueden o no intervenir curadores/as; se puede tratar de evitar una consulta o simplemente no realizar ninguna acción sobre el padecimiento y confiar al paso del tiempo la solución. Las tres maneras mencionadas de asumir el sufrimiento son partes inescindibles de la autoatención. Queremos remarcar que el hecho de tomar la decisión de no efectivizar ninguna intervención es una modalidad de la autoatención. En este sentido, lo que llamamos la carrera del/a enfermo/a es el recorrido y la dinámica relacional que se da en un sujeto o un grupo en pos de aliviar su padecer. En el recorrido, los sujetos y grupos se articulan entre sí con los diferentes saberes que están en el espacio social. Por esta razón, la autoatención es un proceso y debe ser analizada como tal. No es un evento, sino el producto de un entramado de múltiples determinaciones socioculturales. Como ya dijimos, la estrategia de autoatención es la primera intervención y la más frecuente, porque es la más

ción es la primera intervención y la más frecuente, porque es la más accesible, en términos económicos, de tiempo y de disponibilidad cultural. Existe un saber acumulado que se pone en práctica al momento en que aparece el sufrimiento y que tiene diversas fuentes, en general no conocidas, que se aplican sin tener en consideración su origen. Por otra parte, la biomedicina hace que los sujetos continúen el proceso de curación sin su intervención directa, al vigilar la evolución de la enfermedad, al poner atención en los síntomas y la variabilidad en su intensidad, al tomar los medicamentos con una cierta regularidad, para prevenir y potenciar conductas en pos de evitar y aliviar el sufrimiento. Este es un proceso contradictorio. Produce una aprehensión de saberes y prácticas que se suman a las que ya se tenían y constituyen espacios de mayor autonomía e independencia de los/as curadores/as. Vale aclarar que el proceso de independencia nunca se logra totalmente, pero sí complejiza la relación entre curadores/as y enfermos/as. A medida que aumenta la autonomía del/la padeciente para autoatenderse, se profundiza su dependencia de un saber que le suministra cada vez más información para problemas que antes no tenía, y que ahora son definidos como enfermedades. Llamamos medicalización a este proceso de subordinación progresiva de problemas sociales al dominio biomédico (Illich, 1975).

En el caso de la medicación psiquiátrica es muy evidente. El consumo de clonazepam está muy extendido en todos los grupos, cualquiera sea su pertenencia social, en la mayoría de los casos sin prescripción médica. Por supuesto, fue introducido en las prácticas de automedicación por la biomedicina, con sus regularidades y dosis, que luego se automatizaron en los sujetos a partir de sus necesidades de alivio del sufrimiento mental. Lo interesante del fenómeno es que la industria farmacéutica ha ampliado su campo y quienes indican sus productos

para el consumo ya no son solo médicos/as. En la actualidad, los/as pacientes difunden, indican y consumen la mercancía llamada medicamento. Cabe aclarar, también, que una prescripción de medicamentos por parte de la biomedicina no necesariamente aliviará el sufrimiento. Por su rasgo científico, producirá un efecto sin duda sugestivo de gran potencia, ya que la indicación viene dada por un sujeto social al que el resto le ha supuesto un saber-poder de curar.

Vemos cotidianamente cómo la biomedicina valora y estimula prácticas de autoatención relacionadas con el autocuidado y con los estilos de vida que considera saludables, pero, por otro lado, condena otras prácticas en general vinculadas con la automedicación. Es una conducta contradictoria ya que, en ambos casos, la principal fuente de estímulo y difusión del autocuidado y la automedicación remite a la biomedicina. Si profundizamos en el análisis de esa contradicción, encontraremos razones de mercado, de hegemonías en el saber-poder, que tienen como objetivo la gobernabilidad de las poblaciones por parte de la razón médica como dispositivo de disciplinamiento sistémico capitalista. En este sentido, Menéndez propone que:

el proceso de autoatención se desarrolla actualmente en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Éste es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que procesos de autoatención, cuestionados durante un tiempo, ahora son aceptados como comportamientos “naturales”. ¿Quién se asombra o cuestiona actualmente de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento básico de gran parte de la población de determinados países “occidentales”, pero este uso es parte de un proceso de apropiación ya olvidado. Sin embargo, actualmente otras apropiaciones

tecnológicas por los sujetos y grupos son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica (2003: 204).

Menéndez, a su vez, en relación con el modo en que se transmite el conocimiento sobre la autoatención plantea que:

el proceso de autoatención deja patente no sólo que la gente se apropia y aprende, sino que el sistema de salud, el personal de salud y el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los sujetos y grupos aprenden constantemente el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación médico/paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el tiempo en que se constituyen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial (2003: 205).

En función de todas estas consideraciones, planteamos que la autoatención no es una acción aislada y autónoma de los sujetos y grupos sociales, sino que se trata de un proceso relacional entre las variadas formas de atención de la salud presentes en lo social. En la trayectoria de la carrera del/la enfermo/a se articulan las diferentes formas de atención, y se tienen en cuenta las características de cada grupo y de cada forma de sufrimiento.

Consideramos que la autoatención es la dimensión más significativa del PSEAP, en especial, en el caso de los sufrimientos mentales que padecen las mujeres migrantes estudiadas. La autoatención les permite convivir con distintos grados de malestar, diversos grados de eficacia, con el sufrimiento mental que producen las condiciones de vida y el sistema

de relaciones sociales que poseen. Les permite sobrevivir y vivir con la violencia, la pobreza y el padecimiento mental. Las estrategias de autoatención son las que sostienen la vida cotidiana en condiciones difíciles para ellas y sus familias, principalmente sus hijos/as. Todas ellas las han implementado y han podido armar redes sociales de contención para ellas y para otras mujeres en condiciones similares a las suyas. Las estrategias identificadas de autoatención están generalizadas en la población indagada y son altamente frecuentes ya que, a pesar de que el sistema de salud pública está presente en los barrios, los procesos de atención no siempre son efectivos para aliviar el sufrimiento mental. Podemos afirmar, por nuestra experiencia en la gestión de esos procesos de atención, que las respuestas del sistema de salud al padecimiento mental están a la zaga de la eficacia de la autoatención practicada por estas mujeres. Se observa la potencia reconstitutiva de la salud por parte de las instituciones barriales –iglesias, clubes, asociaciones, entre otras–, ya que logran anudar intereses comunes de sujetos que padecen situaciones similares y logran articular estrategias de cuidados y contención grupales para sus sufrimientos físicos o mentales.

### ***Proceso de salud-enfermedad-atención-prevención***

En este apartado desarrollaremos el concepto de PSEAP desde perspectivas socioantropológicas que se plantearon a partir de la década de 1960 y que lo consideran como un proceso más complejo que su mera determinación biológica. Si bien las perspectivas materialistas y fenomenológicas no están exentas de dificultades para su articulación (García, 1983), consideramos que son las más adecuadas para reflexio-

nar sobre nuestra población de estudio, ya que nos permiten un análisis más profundo y complejo de las determinaciones de sus sufrimientos y de las estrategias para afrontarlos por medio de la autoatención. Nuestra idea rectora es que la enfermedad y las formas en que las sociedades se han organizado para afrontarla (atenderla) son hechos estructurales de dichas sociedades. No solo expresan fenómenos clínicos y epidemiológicos, sino también condiciones sociales, económicas y culturales que se reelaboran a través de las formas de enfermar, sufrir, curar y morir (Menéndez, 2003). Es así que los conceptos biomédicos tradicionales de salud y enfermedad son confrontados por desarrollos conceptuales y metodológicos más complejos, que ampliaron la tarea de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Asa Cristina Laurell plantea al respecto que:

la mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino en cuanto al proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Aunque probablemente “la historia natural”, por ejemplo, de la tuberculosis sea distinta hoy que hace 100 años, no es en el estudio de los enfermos de tuberculosis que vamos a aprehender mejor el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos que presentan los grupos sociales. En este sentido, aun antes de discutir cómo construir los grupos por estudiar, debería ser posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como resultado de las transformaciones de la sociedad. Asimismo, las sociedades que se distinguen en su

grado de desarrollo y de organización social, deben exhibir una patología colectiva diferente. Finalmente, dentro de una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas (1982: 2).

La misma autora plantea que, para demostrar el carácter social de la enfermedad, se debe

estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales, que componen la sociedad. Es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso de salud y enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos se inserta en la producción y se relaciona con el resto de los grupos sociales (Laurell, 1982: 5).

En esta línea, Laurell, plantea a continuación que:

para que los señalamientos anteriores asuman su pleno significado, hay que explicitar de otra manera cómo conceptualizamos el proceso salud enfermedad y su articulación con el proceso social. En términos muy generales el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. A nuestro parecer las categorías sociales, que nos permiten desarrollar esta proposición general y profundizar y enriquecer la comprensión de la problemática de la esencia del proceso salud enfermedad y su determinación son la clase social tal como lo propone Breilh y el proceso de trabajo (1982: 10).

Según la perspectiva de entender el PSEAP como una complejidad que trasciende lo meramente biológico, algunos/as autores/as proponen pensar la producción de enfermedades a través de la jerarquización de lo que denominan determinantes sociales de la salud (Castro, 2011). Como consecuencia, se propone una primera aproximación, llamada enfoque clásico de la jerarquización de los determinantes, a través de la cual se pueden identificar los determinantes macros para la producción de enfermedades en las poblaciones, como el modo de producción. Este enfoque se define como el modo, históricamente condicionado, de obtener los medios de subsistencia (alimento, vestido, vivienda, instrumentos de producción, entre otros) indispensables para poder vivir y desarrollarse, y que constituye la base determinante del régimen social. Se puede decir que, según sea el modo de producción, será la sociedad misma, sus ideas dominantes, sus concepciones políticas, sus instituciones. Sobre la base del cambio del modo de producción se modifica, también, todo el régimen social. Dentro del modo de producción podemos identificar, desde lo más general a lo más particular, los siguientes determinantes:

- a. La globalización, identificada como la modalidad actual del capital de expandirse mundialmente para la consecución de materias primas, mano de obra y consumidores/as, al llenar todos los resquicios sociales y geográficos del planeta con su modalidad de producción y reproducción social. Este acontecimiento resulta productor de grandes y graves desigualdades sociales.
- b. El calentamiento global, producido por la contaminación agroindustrial de la formidable expansión capitalista a nivel planetario.
- c. La clase social, donde se observan diferenciales de morbilidad según la clase social de pertenencia (Bronfman y Tuiran, 1984).
- d. Género, es decir, aquellas desigualdades socialmente construidas y los

significados asignados culturalmente a los sexos, que producen, como en lo anterior, desigualdades sociales y diferenciales en la morbilidad (Menéndez, 2009).

e. Proceso de trabajo, definido como las formas de construcción histórica y específica en cada época y en cada sociedad del trabajo capitalista (Laurell y Márquez, 1983).

f. Apoyo social, es decir, aquellas redes sociales de contención, convivencia e identificación de los sujetos y poblaciones producidos a partir de los procesos de trabajo como procesos de sociabilización en las sociedades capitalistas (Cassel, 1976; Kaplan, 1974).

g. Por último, en el plano de los individuos, se puede plantear que los estilos de vida (definidos como las conductas y hábitos que tienen las personas influenciadas por el medio social) producen maneras de enfermarse diferenciadas (Kaplan, 1974).

Los/as autores/as comentados/as con anterioridad sostienen la determinación social de la enfermedad, que cuestiona gran parte de las orientaciones biomédicas que centran en lo biológico la causalidad y colocan en un lugar secundario los procesos sociales, económicos y culturales. Por otro lado, existen teorías y autores/as que cuestionan el enfoque biomédico desde otras perspectivas, que señalan el papel de control, dominación y disciplinamiento de los sujetos y las poblaciones a través del PSEAP. La teoría de la etiquetación (Becker, 1963; Goffman, 1995; Lemert, 1974) plantea, en términos generales, que la enfermedad constituye un conjunto de roles desviados dentro de los cuales los individuos se socializan a partir de la asignación patológica que les da la biomedicina como etiqueta existencial.

El construccionismo (Berger y Luckmann, 2008) postula que la realidad no existe por fuera de la percepción del sujeto, es decir que se trata de una

construcción subjetiva que se vuelve objetiva luego de ser construida. En el caso de la construcción de la enfermedad, se plantea que, primero, se desarrolla una serie de conceptos que aluden a la realidad; luego, se crean instituciones para tratar esas enfermedades; y, por último, se las internaliza, es decir, los sujetos y las poblaciones creen que “existen” en la realidad. Este enfoque teórico se torna interesante pues explora las modalidades de los sujetos y grupos para asumir representaciones y prácticas, en general de otros grupos con más poder (hegemonía), pero no profundiza en las condiciones sociales e históricas de esa construcción de subjetividad tanto para los sujetos como para los grupos.

Otras autoras (Sacchi, Hausberger y Pereyra) plantean que:

la enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico (2007: 272).

Así señalan que la concepción de salud y enfermedad está sujeta a las definiciones que construye el sentido común de la población sobre sus padecimientos, lo cual condiciona los tipos de ayuda que esta población busca. En el PSEAP convive –no exentos de conflictos y contradicciones– un entramado complejo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos que interaccionan permanentemente con la biomedicina y que dan cuenta de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

Sacchi, Hausberger y Pereyra proponen que:

la construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse

fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad y que cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente (2007: 272).

En síntesis, para estos/as autores/as, en el PSEAP existe una configuración de ideas, valores y normas generadas y aprendidas socialmente, a su vez condicionadas por características estructurales, de accesibilidad económica, cultural, jurídica, entre otras, que posibilitan o dificultan la adopción de conductas saludables por parte de la población. Así, representaciones y prácticas de cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado aún son un proceso dinámico, desde la propia experiencia personal y desde el contexto que la determina. Las modalidades de percibir un problema de salud son múltiples y están condicionadas sociohistóricamente, desde el plano de la responsabilidad del sujeto hasta las del grupo, la familia y la comunidad. Ellos/as son quienes definirán las prioridades cotidianas y las actividades que realicen para atender esos problemas de salud-enfermedad. Las prioridades y actividades son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el/la profesional y autorizado o legitimado por la biomedicina como, por ejemplo, las actividades de autoatención (Menéndez, 2003). En este marco, “es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder” (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007: 273).

Estas perspectivas teóricas del PSEAP nos ayudan a pensar, reflexionar



y ubicar el sufrimiento mental como un padecimiento construido sociohistóricamente en relaciones sociales conflictivas y contradictorias producidas por el modo de producción social. Al sufrimiento mental se le corresponden estrategias de autoatención por parte de las mujeres migrantes.

Ahora bien, nuestras entrevistadas, tal como lo planteamos en términos teóricos, participan plenamente en el PSEAP en sus diferentes dimensiones, en particular, en las formas que adopta el sufrimiento mental y en las estrategias de autoatención que deciden ellas para afrontarlo. Sus sufrimientos mentales están contruidos por relaciones sociales surgidas de una dinámica conflictiva y contradictoria del modo de producción social actual. En los sufrimientos mentales podemos rastrear las formas en que trabajan para ganarse lo que necesitan para sobrevivir y vivir junto con sus familias, además de las marcas en su subjetividad (sus representaciones y prácticas) de la clase social a la que pertenecen (trabajadoras pobres). Se observan también cuáles son sus apoyos sociales, sus relaciones de pertenencia institucionales y cómo se protegen, en mayor o menor medida, del sufrimiento mental a través de estrategias de autoatención. Se observa, en las formas de sufrir y de autoatenderse, la determinación fundamental del género, cómo el ser mujeres las ha puesto en un lugar de vulnerabilidad, subalternidad y explotación material y psicológica (violencia de género, explotación laboral, psicologización de su sufrimiento, como, por ejemplo, la designación de históricas). Se observan e identifican conductas relacionadas con un rol asumido por parte de estas mujeres, como enfermas, débiles, no capaces. Este rol lo han designado los hombres producidos por un sistema de producción patriarcal y capitalista, del cual la biomedicina no es ajena. En sus formas de sufrir y autoatenderse se pueden identifi-

car todas las formas que, anteriormente, en el apartado teórico, hemos planteado como determinantes del PSEAP.

## *El enfoque relacional*

Proponemos abordar nuestro problema y las consideraciones generales que hacemos para la articulación de los conceptos de sufrimiento mental, autoatención y PSEAP a través de un marco conceptual teórico-metodológico denominado enfoque relacional (Menéndez, 2009). Indicaremos algunos aspectos básicos de este enfoque:

- a. En cualquier proceso social, en particular el de PSEAP, siempre hay más de un actor significativo y, por lo tanto, se debe incluir en el proceso de investigación a todos los actores significativos que participan en el fenómeno estudiado, así como a los diferentes tipos de relaciones que operan entre ellos.
- b. Se busca trabajar no solo con todos ellos, sino con las relaciones de diferentes tipos (cooperativas, competitivas, simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad) que operan entre dichos actores, frecuentemente, en forma simultánea.
- c. Es necesario trabajar con las representaciones sociales y con las prácticas sociales de dichos actores sociales, porque no siempre ambas coinciden.
- d. Es necesario problematizar la realidad y cuestionar los sentidos comunes que, en general, disimulan las contradicciones básicas de la conflictividad social.
- e. Se busca comprender que el PSEAP es un determinante importantísimo de la construcción subjetiva, ya que provee estructuras de significados y organiza la estructura social.

- f. El PSEAP actúa en todas las esferas de la realidad.
- g. El PSEAP opera siempre dentro de relaciones sociales, es decir que las configura y se configura en ellas.
- h. En el PSEAP frecuentemente se expresan las contradicciones del sistema.
- i. Dentro del PSEAP, las relaciones no son buenas ni malas en sí; no se deben valorar moralmente. Es preciso ver qué producen en los sujetos y colectivos en términos de prácticas, más que de representaciones.
- j. Expresa la necesidad de encontrar en la realidad las mediaciones y transiciones tanto sociales como subjetivas para evitar la tendencia a la polarización y a la exclusión.
- k. La mayoría de las relaciones entre los actores se dan en lo micro, donde se define la existencia de los sujetos, los colectivos y las luchas sociales entre ellos.
- l. Las sobredeterminaciones están dadas por relaciones no primarias, no locales, no micro. Debe haber un esfuerzo metodológico por articular lo micro con lo macro.
- m. Los conjuntos sociales construyen relaciones imaginarias y reales. Lo que importa es observar su eficacia para plantear resoluciones a los problemas de la vida cotidiana. En general coexisten las reales y las imaginarias.
- n. Las relaciones sociales cambian y se reconfiguran.
- o. Es preciso observar la relación entre la dimensión empírica y la dimensión teórica. Toda dimensión empírica debe estar referida a una reflexión teórica y toda dimensión teórica debe estar referida a una observación empírica.
- p. El/la investigador/a debe estar lo más cerca posible de su objeto para extraer información de mejor calidad.
- q. Se debe realizar un esfuerzo por articular la mayor cantidad de dimensiones de la realidad para poder comprenderla.

Estos puntos de vista teóricos son los que hemos utilizado para reflexionar acerca de qué sufrimientos tienen las mujeres migrantes, cómo se constituyeron a través de sus historias personales y grupales, cuáles son sus estrategias de autoatención para afrontarlos, sus eficacias y sus modalidades, además de las opiniones que tienen sus curadores/as profesionales sobre esos sufrimientos y sobre su autoatención.

## Bibliografía

Becker, H. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bronfman, M. y Tuiran, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médicos Sociales*, 29(53), 53-75.

Cassel, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resitance, the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.

Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Conrad, P. (1987). The Experience of Illness: Recent and New Directions. En P. Conrad y J. Roth (Eds.), *The Experience and Management of Chronic Illness* (pp. 1-31). Connecticut: Jai Press.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1988). *Mil mesetas*. Valencia: Pre-textos.

Duche Pérez, A. B. (2012). La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*. 22(37), 206-215. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387239042007>

Freud, S. (1996a). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1996b). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1996c). Estudio sobre la Histeria. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (2004). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales*, 23, 69-75.

García, J. (1983). Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Revista Educación Médica y Salud*, 17(4), 156-170.

Goffman, E. (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2013). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Illich, I. (1975). *Némesis Médica*. España: Barral Editores.

Kaplan, G. (1974). Alameda County (California) Health and Ways of

Living Study. Panel Berkeley. Berkeley, California.

Laurell, A. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19, 89-101.

Laurell, A. y Márquez, M. (1983). *El desgaste obrero en México. Proceso de Producción y Salud*. México: Era.

Lemert, E. (1974). Beyond Mead, The societal reactions to deviance. *Social Problems*, 21, 457-468.

Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-208.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sacchi, M.; Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.

# Trabajo en red como estrategia de gestión para el abordaje de la obesidad infantil en San Carlos de Bariloche: experiencias prepandemia y perspectivas actuales

*Networking as a Management Strategy to Address Childhood Obesity in San Carlos de Bariloche: Pre-Pandemic Experiences and Current Perspectives*

## Autores/as

**Germán Guaresti** - ggguaresti@unrn.edu.ar -

Médico. Magister. Director de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Río Negro-Sede Andina, Argentina.

**Marcos Clausen** - marcosclausen1@gmail.com -

Médico. Especialista. Servicio de Pediatría Hospital Zonal Bariloche "Dr. Ramón Carrillo", Argentina.

**Vivian Mathis** - vivianmathis@gmail.com -

Licenciada en Periodismo. Referente de Prensa y Comunicación Hospital Zonal Bariloche "Dr. Ramón Carrillo", Argentina.

**Águeda Andersen** - ague.andersen@gmail.com -

Licenciada en Ciencia Política y Administración Pública. Coordinadora Nacional por Argentina. Red de Promotores ODS.

**Felipe De Rosas** - felipe@bariloche.com.ar -

Médico. Especialista. Jefe Centro de Salud "El Frutillar", Bariloche, Argentina. Presidente Fundación Nutrir Patagonia.

RECIBIDO 21/06/2022

ACEPTADO 10/08/2022

## Resumen

La obesidad infantil como problema complejo de salud requiere de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. Presentamos una experiencia de cogestión o gestión en red en la ciudad de San Carlos de Bariloche (Argentina) para el abordaje de la obesidad infantil, en referencia a los lineamientos de la promoción de la salud de desarrollo de aptitudes personales, fomento de participación comunitaria, desarrollo de entornos saludables y gestión de políticas públicas. Se describen las líneas de gestión, sus actores y resultados antes de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 y las perspectivas actuales.

## Palabras clave

- Gestión en salud
- Obesidad infantil
- Promoción de la salud
- Interdisciplina

## Summary

Childhood obesity as a complex health problem requires interdisciplinary and intersectoral strategies. We present a co-management experience in San Carlos de Bariloche (Argentina) to address childhood obesity, in reference to the guidelines of health promotion for development of personal skills, promotion of community participation, development of healthy environments and management of public politics. The management lines, their actors and results before the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic and the current perspectives are described.

## Keywords

- Health management
- Pediatric obesity
- Health promotion
- Interdisciplinary

## Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad, y particularmente la obesidad infantil, constituye uno de los problemas de salud pública más graves de este siglo, que afecta a casi todos los países occidentales. Entre otros aspectos multidimensionales, la presencia de exceso de peso desde la infancia predispone a padecer obesidad en la adultez, con un impacto negativo en la calidad de vida (OMS, 2010 y 2014).

En Argentina, el problema es también preocupante y ha tenido un crecimiento sostenido a lo largo de los últimos años. El país encabeza los índices de obesidad infantil en menores de 5 años en Latinoamérica (OMS, 2015; Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

La ciudad de Bariloche, en la provincia de Río Negro, no es ajena a este panorama: se destacan áreas con 20,1% de obesidad infantil y sectores donde la suma de obesidad y sobrepeso infantil asciende a 49,77%, con curva de crecimiento cercana al 25% en los últimos años (Clausen *et al.*, 2019). Además, el patrón alimentario de los/as niños/as de la ciudad muestra que el 48% consume bebidas azucaradas; el 67% no consume ni frutas ni verduras (Martini y Piacentini, 2015) y solo el 31% de niños y niñas realiza actividad física fuera de la escuela (Clausen *et al.*, 2021).

Las estrategias planteadas desde el sistema de salud para abordar esta problemática fueron aisladas y sin continuidad. Esta situación llevó a pensar en nuevas configuraciones que incluyan otros actores para dar forma a nuevas lógicas, nuevos métodos y nuevas maneras de acción (Spinelli, 2010). A su vez, implicó tomar decisiones como primer paso en el proceso de gestión (Tobar, 2002) para transformar un trabajo desarticulado en un trabajo en red. En ese sentido, se presenta a continua-



ción la experiencia de trabajo en red en la ciudad de San Carlos de Bariloche para el abordaje de la obesidad infantil.

## *Enfoque metodológico*

Se trata de un trabajo descriptivo en el que se llevó a cabo un análisis de tipo cualitativo, con el objetivo de describir y analizar las acciones de trabajo en red para abordar la problemática de la obesidad infantil en la ciudad de San Carlos de Bariloche.

La recolección de la información se realizó a partir de informes del Departamento de Actividades Programadas para el Área (Hospital Zonal Bariloche) y de la Secretaría de Desarrollo Integral de la Municipalidad de San Carlos de Bariloche, del digesto de la Legislatura de Río Negro y del Concejo Deliberante de San Carlos de Bariloche. Asimismo, se utilizaron registros propios realizados durante las intervenciones.

El análisis comprendió los siguientes objetivos específicos:

- caracterizar el trabajo en red en la ciudad de San Carlos de Bariloche para la prevención de la obesidad infantil;
- describir y analizar las intervenciones y acciones implementadas en relación con los ejes de gestión establecidos;
- reconocer las implicancias de la pandemia por SARS-CoV-2 en el trabajo de esta red.

## *Conformación de la red interinstitucional y contexto local*

El trabajo en red es una forma de organización de la complejidad (Gómez Barrena, 2017), en la que diversas entidades o instituciones que la constituyen se retroalimentan. Esta configuración no solo facilita la vinculación de una institución con otras sino que genera nuevos circuitos de relación dentro de la misma organización (Rovere, 2006). En el trabajo en red, los organismos interactúan y evolucionan bajo una organización multiinstitucional singular donde la participación activa garantiza el éxito de dicha conformación (Gómez Barrera, 2017; Ariovich y Crojethovic, 2015; Vidal *et al.*, 2011; Vilar, 2008). Trabajar en red implica colaboración, sinergia, diversidad y reconocimiento mutuo (Abad, 2020). Asimismo, implica trabajo articulado, democratización de la comunicación y el ejercicio del poder, intercambio de saberes y construcción colectiva (Doricci, Caccia-Bava y Guanaes-Lorenzi, 2020).

Bajo este marco, se convocó, a principios de 2017, desde el equipo de salud del Hospital Zonal “Ramón Carrillo” de San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro, a distintas instituciones y sectores de la ciudad. Se conformó un grupo constituido por diferentes actores/disciplinas de los siguientes organismos: Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro, Ministerio de Educación de la provincia de Río Negro, Ministerio de Turismo, Cultura y Deporte de la provincia de Río Negro, Municipalidad de San Carlos de Bariloche, Legislatura de la provincia de Río Negro, Concejo Deliberante de San Carlos de Bariloche, Universidad Nacional del Comahue, Universidad Nacional de Río Negro, Ministerio

de Desarrollo Social de la Nación Argentina, Organizaciones no gubernamentales, Agencias de publicidad, medios de comunicación, Colegio de Graduados de Nutrición de la provincia de Río Negro, CONICET, Sindicato de educación rionegrino y comedores barriales.

La organización multiinstitucional (Ariovich y Crojethovic, 2015) implicó inicialmente reuniones quincenales para evaluar conjuntamente el diagnóstico de situación y luego la definición de objetivos. Una vez finalizada la etapa inicial, se trabajó en comisiones divididas por temáticas a resolver y se llevaron adelante reuniones generales una vez al mes. Los datos referidos a malnutrición infantil y juvenil, en este caso sobrepeso y obesidad, indicaban –como fue expresado– el incremento del 25% en el lapso 2012-2016 (Ministerio de Educación Río Negro, 2018), lo que conformaba una nueva situación en la cual alrededor del 30% de niños, niñas y adolescentes de la ciudad padecía obesidad o sobrepeso. Esto dio origen al nombre del grupo, que se denominó desde ese entonces “1 de 3”, en referencia a que, en la ciudad, uno/a de cada tres niños/as tenía exceso de peso.

El equipo se propuso inicialmente instalar esta preocupación en la agenda pública, tanto en el ámbito comunitario e institucional como en el nivel político y en el ámbito empresarial privado. Esto buscaba llevar a la luz un problema que no era percibido como tal, en su dimensión real. En ese sentido, se comenzó a trabajar de manera colaborativa y coordinada, tal como refiere Abad (2020) para la creación de espacios de reconocimiento y de construcción conjunta.

Las metas que se fijaron en primer término fueron:

- generar herramientas para concientizar a la población sobre la situación de sobrepeso/obesidad infantil en la ciudad;
- trabajar en forma interdisciplinaria e interinstitucional;

- promover hábitos para la prevención de la obesidad infantil en la ciudad;
- participar en la gestión de políticas públicas.

La evaluación del trabajo se estableció en relación con cada meta en número de campañas por año, actividades de promoción de la salud por año, y número de intervenciones normativas por bienio.

Las actividades estuvieron destinadas a la población de San Carlos de Bariloche, según cada meta propuesta. Se focalizó inicialmente en la población adulta general y en niños, niñas y adolescentes de los barrios de mayor vulnerabilidad social, donde se encuentran situados los Centros de Atención Primaria de la Salud de dependencia provincial, los Centros de Articulación Territorial, dependientes de la Municipalidad, y las escuelas a las que asisten los niños, niñas y jóvenes de esos lugares. La ciudad de San Carlos de Bariloche cuenta con 16 Centros de Atención Primaria de la Salud, distribuidos a lo largo del ejido municipal en los barrios de mayor vulnerabilidad social, junto con 10 Centros de Articulación Territorial municipales y 94 establecimientos educativos entre los niveles inicial, primario y secundario.

## *Líneas de gestión*

Las líneas de gestión planteadas se enmarcaron en la estrategia de promoción de la salud, bajo el lineamiento de la primera Conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud en la Carta Ottawa, en cuanto “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986: 2). Este documento incluye, como base para la activa promoción de la salud, el impulso de políticas públicas, la reorientación de los servicios de salud,

la creación de ambientes saludables, la participación comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales. Estas líneas se relacionan con los objetivos del grupo de trabajo.

Con el planteo de estas líneas de gestión y el trabajo en red, se comenzó un camino de transformación de las dinámicas de gestión (De Sousa Campos, 2021), con procesos de toma de decisiones compartidas.

Ejes o líneas de gestión:

- instalar el problema en la sociedad, realizar un trabajo de sensibilización, información y educación sanitaria para el desarrollo de aptitudes personales;
- promover hábitos y entornos saludables, tales como actividad física, alimentación saludable, capacitación a profesionales, talleres;
- fomentar la participación comunitaria;
- participar en la gestión de políticas públicas para generar nuevas normativas municipales y provinciales.

## ***Acciones realizadas***

El trabajo de la red se consolidó paulatinamente con el desarrollo de las reuniones y, sobre todo, con la puesta en marcha de los distintos ejes de acción. De este modo, se logró un trabajo colaborativo y sinérgico (Abad, 2020; Ceballos, 2011), donde el intercambio de saberes de cada integrante confluyó en una construcción colectiva, tal como lo expresan Doricci, Caccia-Bava y Guanaes-Lorenzi (2020).

Del mismo modo, dentro de cada institución se generaron nuevas relaciones gracias al trabajo en esta red (Rovere, 2006). Es el caso del trabajo articulado que se gestó a partir de este trabajo en red, de pediatras del Hospital Zonal Bariloche, tanto de aquellos trabajan en el Servicio de

Pediatría (central) como de quienes lo hacen en los diferentes Centros de Salud.

Si bien los ejes o líneas de gestión se desarrollaron de manera articulada y como proceso continuo, se presentan en la secuencia enunciada para favorecer el análisis.

## **Línea sensibilización e información para el desarrollo de actitudes personales**

La sensibilización/concientización de la comunidad, así como la instalación de la problemática como tal se llevó a cabo a través de la puesta en marcha de diversas campañas de bien público. Estas campañas se orientaron hacia la generación de cambios que contribuyan a transformaciones inmediatas y que se sostengan en el tiempo (Tomba, Muñoz y Allisiardi, 2018).

Para comenzar con la primera línea de trabajo propuesta, y para avanzar hacia una estrategia comunicacional, se diseñó una campaña de bien público que concientizara a las personas sobre sus hábitos. A su vez, se buscaba que esto pudiese actuar como disparador de otras acciones que se tenían como objetivo.

En total se desarrollaron tres campañas de bien público, una por año desde 2017 a 2019. La primera de ellas, denominada “Solo por hoy”, se presentó el 11 de mayo de 2017 en un lanzamiento conjunto con autoridades provinciales y municipales.

La campaña “Solo por hoy” constó de 7 piezas gráficas, audiovisuales y sonoras, diseñadas en conjunto con profesionales de la publicidad, comunicación, y equipos de salud. Las piezas se difundieron por distintos canales acompañadas, según el soporte, con información sobre la pro-

blemática, sugerencias, recetas, opciones de actividades en cada barrio, entre otros. Durante la primera semana de la publicación de una de las piezas de campaña a través de la red social Facebook del Hospital Zonal, se obtuvo un alcance a más de 21 mil personas en solo en siete días.

Las piezas gráficas fueron colocadas en la vía pública, en el interior de los transportes públicos de pasajeros, en escuelas y jardines de infantes, en el hospital y centros de salud, en medios de comunicación gráficos y digitales, además de las empresas e instituciones que se han hecho eco de la campaña, al imprimirlas y colocarlas en sus lugares de trabajo. Las piezas audiovisuales y radiales permanecieron durante siete meses en el aire de las emisoras locales de televisión y radio, gracias a la gestión del grupo de trabajo y como compromiso por parte de los medios de comunicación de sumarse a la campaña. La Figura 1 muestra algunos de los mensajes de las piezas de esta campaña, que se detallan en profundidad en el Anexo 1. Posteriormente, se llevaron adelante dos grandes campañas durante los años 2018 y 2019. Durante el mes de marzo de 2018 se trabajó, en el marco del mes del agua, en una campaña orientada a incentivar el consumo de agua segura. A principios del año 2019, se desarrolló una tercera campaña cuya intención fue desalentar el consumo de bebidas azucaradas. Ambas campañas se enfocaron en espacios institucionales, como escuelas, centros de salud, organismos de la administración municipal y provincial, y en redes sociales (Figura 2).

Las diferentes campañas llevadas a cabo cada año tuvieron características distintivas en cuanto a formato, alcance y permanencia (Tabla 1). Este eje de gestión se articuló de manera continua con el siguiente eje, de promoción de hábitos y entornos saludables.

### **Línea de promoción de hábitos y entornos saludables**

Dentro de esta línea de acción se concentraron diversas actividades realizadas durante los primeros tres años del trabajo en red: actividades promocionales de actividad física y alimentación saludable, capacitación y trabajo sobre entornos escolares saludables. El sostenimiento de estas acciones fue posible gracias a la participación activa de las diferentes organizaciones de la red (Gómez Barrera, 2017; Vidal *et al.*, 2011; Vilar, 2008). En cuanto a la promoción de hábitos, durante el período 2017-2019 se pusieron en marcha varios proyectos deportivos, que incluyeron clases de natación gratuita para niños y niñas con sobrepeso/obesidad cada año. Además hubo fútbol, danza, artes marciales, gimnasia deportiva, entre otras disciplinas. Las actividades alcanzaron a 2.450 niños, niñas y adolescentes de la ciudad cada año. Se realizó un trabajo conjunto entre la Subsecretaría municipal de Deportes, los Centros de Salud, el Programa de Salud Escolar, la Secretaría de Deportes provincial y los clubes deportivos para proteger cupos destinados a las actividades deportivas para el acceso de niños y niñas con sobrepeso/obesidad. Del mismo modo, se articuló para garantizar el traslado desde barrios alejados a los clubes y gimnasios a través de la contratación de transportes o la gestión de pases en colectivo.

En una tarea conjunta entre el Servicio de Pediatría del Hospital, los Centros de Salud, el Consejo Escolar Zona Andina y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se trabajó con las escuelas en la concientización de estudiantes de séptimo grado de las escuelas públicas –encargados del kiosco de las escuelas– para reemplazar paulatinamente la oferta de alimentos ultraprocesados por productos no/mínimamente procesados, como un modo de entender la importancia del trabajo en entornos escolares saludables (Piaggio *et al.*, 2011; Bonilla-Caicedo *et al.*, 2022).

Por otra parte, se gestionó la aprobación de un programa de capacitación docente con el objetivo de sensibilizar a docentes de diferentes escuelas en relación con la alimentación, nutrición y movimiento, para que fuera posible detectar fortalezas y debilidades de hábitos dentro del aula. Así, se buscó generar un espacio teórico-vivencial para que los/as docentes pudieran hallar herramientas útiles, aplicables en su práctica en el aula. Este programa contó con el aval de los Ministerios de Educación y Salud provinciales, y se capacitaron más cien docentes de la ciudad. Se trató de una tarea pedagógica conjunta entre el Hospital Zonal, el Instituto de Formación Docente, el Programa Primeros Pasos y la Unión de Trabajadores de la Educación provincial. La primera edición del programa de capacitación, realizada en el año 2018, fue para docentes de nivel inicial y primer ciclo de nivel primario. Como resultado de esta capacitación, cada equipo docente presentó y ejecutó un plan de mejora para su escuela.

Asimismo, se realizó durante 2019 una capacitación promovida por el grupo de trabajo y coordinada por el equipo de Salud Escolar específico para profesores y profesoras de educación física y deportes de todos los niveles educativos. A la capacitación asistieron más de 40 docentes.

Como política de gestión institucional y bajo la recomendación de reorientar los servicios de salud (OMS, 1986), el Departamento de Actividades Programadas para el Área del Hospital Zonal Bariloche, que nuclea a los 16 Centros de Salud, planificó actividades de promoción específicas vinculadas con la temática que se desarrollaron durante los años 2017, 2018 y 2019. Se realizaron más de 80 talleres para padres, madres, docentes y cuidadoras en jardines de infantes públicos y privados y Centros de Desarrollo Infantil, que llegaron a más de 590 personas, coordinados por profesionales e integrantes de la comunidad. Los

encuentros fueron reproducidos en cada uno de los barrios de Bariloche, a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud, los Centros de Articulación Territorial o los Centros de Desarrollo Infantil. Fueron espacios para las familias en los que pudieron trabajar mitos, costumbres, posibilidades, sentires, con el fin de revisar prácticas, ideas y tender puentes para fortalecer cada núcleo en la búsqueda de nuevas posibilidades. Si bien la puesta en marcha de los talleres fue una decisión de gestión, muchos de estos talleres surgieron a partir de la campaña de bien público instalada, mediante pedidos específicos por parte de instituciones para ser visitadas por profesionales del grupo. Por otra parte, escuelas primarias de la ciudad también utilizaron los mensajes de campaña para sus Ferias de Ciencias, con el fin de reflexionar a nivel interno entre estudiantes y familias sobre sus hábitos y oportunidades de cambio.

### **Línea de gestión de participación comunitaria**

Si bien las actividades de promoción de hábitos y entornos saludables implicaron necesariamente la participación comunitaria, y marcaron el rumbo de cada encuentro, la planificación de los talleres y otras actividades fue diseñada desde los diferentes integrantes del grupo de trabajo. Para lograr el diseño de actividades de planificación participativa, se trabajó en conjunto con comedores y merenderos barriales, así como con juntas vecinales, a fin de conocer necesidades y atenderlas (Idáñez, 2001), de modo que se convirtió ella misma en el principal factor de cambio (Guevara Machado *et al.*, 2022). El objetivo fue buscar junto a la comunidad opciones de alimentación saludable al alcance de toda la familia. El intercambio de saberes se plasmó en la confección de un recetario con ideas simples, balanceadas y gustosas. Los recetarios se imprimieron y

difundieron en escuelas y centros de salud, así como en cada evento organizado por el grupo. Con el afán de construir una mirada inclusiva, se trabajó con las escuelas de educación especial de la ciudad y se imprimió –con apoyo de la Legislatura provincial– el libro de recetas en idioma braille.

En concordancia con el Día Nacional de Prevención de la Obesidad instaurado por el gobierno nacional en el año 2017 (pautado para el tercer miércoles de octubre de cada año), se planificaron varias acciones en lo que se denominó la Semana de Prevención de la Obesidad Infantil. Dichas actividades incluyeron la participación de jóvenes de una escuela secundaria local, quienes plantaron cien árboles frutales –guindos, cerezos, ciruelos, manzanos y frambuesas– en dos de los barrios con mayor índice de obesidad infantil de la ciudad, que no contaban con frutales en su zona.

A su vez, se realizaron alianzas con eventos culturales y turísticos de la ciudad, de impacto internacional, para generar acciones de difusión de la temática. Se participó como grupo interdisciplinario e intersectorial en esos importantes eventos durante los años 2017 y 2018 (Fiesta Nacional de la Nieve, Festival de gastronomía internacional BALC, Bariloche a la carta, y Festival musical y artístico nacional, Culturica). También, a través del área de Huertas Urbanas y Periurbanas del Municipio, que integra la red “1 de 3”, se capacitó a más de mil estudiantes en un evento masivo en la plaza central de la ciudad, donde se introdujo al trabajo en huertas domiciliarias y se entregaron plantines a cada participante.

Al mismo tiempo, en la Semana de la Juventud, organizada por el Concejo Deliberante, el grupo estuvo presente. Allí se entregaron recetas, imanes con las frases de la campaña y se propusieron jugos con frutas del Mercado Comunitario Municipal, en una “bicilicuada”, bicicletas fijas que producen jugos de frutas frescas cuando se activa la licuadora

por una persona que pedalea. Estas bicilicadoras fueron construidas por una de las escuelas de educación técnica de la ciudad que se sumó a la campaña. En el año 2019, desde el mismo grupo de jóvenes, como iniciativa propia, se propició el consumo de bebidas y alimentos saludables en los puestos de la fiesta de la Semana de la Juventud. En ese marco, se llevó adelante un concurso de menús saludables, que premiaba a aquel que, se consideraba, reunía mejores condiciones.

### **Línea de gestión de políticas públicas**

En cuanto a la gestión normativa, se propiciaron reuniones con funcionarios (concejales/as, legisladores/as provinciales, asesoras/es), quienes comenzaron a trabajar en la red con el fin de diseñar en conjunto diferentes leyes y ordenanzas. Gracias a esta gestión y a la activa participación de diferentes integrantes de la red, se lograron sancionar una ley provincial y cinco ordenanzas municipales en el período 2017-2019, además de otras gestiones tanto con el Ejecutivo provincial como municipal.

*Proyectos de Ley presentados en la Legislatura de la provincia de Río Negro*

· Ley N° 5.383 (línea de cajas): prohíbe todo tipo de oferta de chocolates, alfajores, galletitas dulces, golosinas y bebidas que contengan azúcar o jarabe de maíz de alta fructosa en las cajas registradoras, puertas de acceso y salida y en hasta tres metros de su ubicación, en supermercados e hipermercados.

· Proyecto de Ley (modificatoria): kioscos escolares. Oferta de alimentos saludables. No pueden ofrecerse bebidas azucaradas o de fantasía. No tratada.

*Proyectos de Ordenanza Municipal presentados al Concejo Deliberante San Carlos de Bariloche*



- Declaración 2.261-D-17: se declara de Interés Municipal Educativo y Cultural la Semana de Prevención de la Obesidad Infantil.
- Declaración 2.231-D-17: se declara de Interés Municipal la Campaña Solo por Hoy del Grupo 1 de 3.
- Ordenanza 2.896-CM-2017: se establece el marco regulatorio de las condiciones de funcionamiento, habilitación comercial municipal y protección integral de derechos de la primera infancia en los establecimientos de nivel inicial no incluidos en la enseñanza oficial. Marco regulatorio para espacios educativos de primera infancia, donde se incorporan lineamientos de alimentación saludable, recreación y utilización de multimedios en Jardines Maternales.
- Ordenanza 2.961-CM-2018: se crea el Programa de Alimentación Saludable en eventos y actividades deportivas.
- Ordenanza 2.971-CM-2018: se obliga la disposición de agua potable para consumo personal en locales comerciales gastronómicos, turísticos, deportivos, culturales y bebederos en Centro Cívico, Velódromo y Costanera. Aprobada.

Gestión con el gobierno de Río Negro para la creación de un Plan Integral sobre Nutrición, Seguridad Alimentaria y Entornos Saludables:

- Plan Río Negro Nutre (Guaresti, 2020; Gobierno de Río Negro, 2022): Plan Operativo del gobierno de Río Negro para el desarrollo de estrategias tendientes a favorecer la seguridad y soberanía alimentaria, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Articulación Solidaria de la provincia de Río Negro.

Otras gestiones ejecutivas, tanto en el ámbito municipal como provincial, permitieron avanzar en los siguientes tópicos:

- Programa Municipio Saludable: se retomaron gestiones para poder adherir al Programa y se convocó a conformar la Mesa de Trabajo Intersectorial;
- programas de apoyo social: análisis nutricional y modificación de los módulos de alimentos y abastecimientos de alimentos entregados en situaciones de emergencia alimentaria, sustituyendo algunos alimentos por otros (grasa vacuna, arroz blanco, leche entera y mermelada fueron reemplazados por queso fresco, lentejas, leche descremada y fruta), acompañados por recetas y talleres de cocina;
- Tarjeta Seguridad Alimentaria: se trabajó con el Ministerio de Desarrollo Humano provincial en la restricción de compra (hasta ese momento solo se restringía productos de limpieza y bebidas con alcohol), para poder destinarse exclusivamente a la compra de productos frescos (frutas, verduras, carnes y pescados);
- se realizó el análisis nutricional e intervención educativa en las despensas comunitarias, como una política pública superadora a la asistencia alimentaria, para lo que se asumió que la problemática alimentaria es una totalidad compleja, económica, social, técnica, cultural, ideológica y política; se incorporaron alimentos frescos, frutas y verduras en la canasta;
- gestión de capacitación para todos los equipos de conducción de los 35 hospitales de la provincia de Río Negro. Fue desarrollada en los años 2018 y 2019.

## *Pandemia y perspectivas actuales*

Desde marzo del año 2020, Argentina vive las consecuencias de la pandemia por SARS-CoV-2. La evolución de esta situación devino en la

concreción de medidas preventivas en el país, promovidas por el gobierno nacional para todo el territorio.

Durante las medidas nacionales de aislamiento y distanciamiento social producto de la pandemia por el coronavirus COVID-19 durante los años 2020 y 2021, los servicios y sistemas de salud, así como los demás efectores de la red “1 de 3”, adoptaron diferentes medidas según la organización de cada lugar. Por otro lado, la población dejó de asistir a diferentes actividades por cumplimiento efectivo de la medida (Bozovich *et al.*, 2020; Maceira *et al.*, 2020; Comité Nacional de Infectología, 2020). A su vez, los servicios de salud se modificaron a fin de priorizar la atención de urgencias y patologías vinculadas con la pandemia. Así, se disminuyeron actividades de promoción de la salud (Maceira *et al.*, 2020; ODSA, 2020; Critto, 2020).

No obstante, al inicio de la pandemia, en el año 2020, se sostuvieron líneas de gestión, sobre todo en cuanto a las políticas de ayuda alimentaria durante el aislamiento social preventivo obligatorio. En ese marco, niños y niñas que asistían a comedores escolares recibieron semanalmente módulos de alimentos secos y frescos. Estos últimos fueron frutas y hortalizas del valle rionegrino, que llegaban a través de cooperativas de pequeños productores y productoras (Gobierno de Río Negro, 2020).

Una vez transitados los primeros meses luego de iniciada la pandemia, y ante la imposibilidad de realizar actividades en espacios cerrados, se llevaron a cabo diversas actividades de promoción de la salud en las líneas planteadas, en espacios abiertos, especialmente en las calles (Guaresti *et al.*, 2022), tales como talleres, ferias y festivales. Estas fueron algunas de las pocas acciones comunitarias en ese tiempo.

Hacia finales del año 2021 y durante el transcurso de 2022, con el reini-

cio de las actividades escolares, deportivas y culturales, se retomaron algunas de las acciones que estaban en marcha hasta el año 2019, como actividades deportivas para niños y niñas, talleres de alimentación y puesta en marcha de circuitos saludables. A su vez, se comenzó a rearmar la red de trabajo mediante nuevas reuniones.

Se encuentra en marcha un proyecto de investigación junto a CONICET, la Universidad Nacional de Río Negro y la Universidad Nacional del Comahue para conocer el estado nutricional, patrones de sueño, integración social, alimentación y actividad física en niños, niñas y adolescentes escolares de la ciudad en los períodos pre y postpandemia. Por otro lado, se retomaron las gestiones para trabajar en el diseño de una ley provincial de entornos escolares saludables, con el objetivo de aprobarla durante este año.

## Conclusiones

Luego de la convocatoria inicial desde el Hospital local, se conformó una red de trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial que llevó adelante los objetivos planteados. La conformación, dinámica y trabajo articulado fue la piedra angular para el desarrollo de las diferentes acciones y gestiones colectivas (Doricci, Caccia-Bava y Guanaes-Lorenzi, 2020).

La visibilidad social de la problemática mediante las campañas de bien público generó interés y demanda de capacitación en distintas instituciones. En tanto, la visibilidad política condujo a que se establecieran nuevas normativas tendientes a favorecer entornos saludables. Se realizó una campaña de bien público por año en el período prepandemia.

El trabajo en red para la cogestión de normativas generó una ley provincial y cinco ordenanzas municipales en el bienio 2017-2018, así como otras acciones ejecutivas. Las actividades deportivas alcanzaron a más de 2.400 niños, niñas y jóvenes cada año, entre 2017 y 2019, mientras que los talleres sobre alimentación saludable reunieron a 590 personas, en un promedio de 26 talleres por año a lo largo de dicho período. Si bien inicialmente la población objetivo fueron distintos estratos etarios de la ciudad de San Carlos de Bariloche, algunas acciones trascendieron esta región y se ampliaron a toda la provincia de Río Negro, como es el caso de la Ley de Líneas de Cajas, la gestión ejecutiva de tarjetas de ayuda social y las capacitaciones provinciales, entre otras. La irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2 en marzo de 2020 generó el detenimiento de casi todas las líneas de acción establecidas, al cambiar las prioridades de la red “1 de 3”, en especial del equipo de salud. Sin embargo, el retorno paulatino de las actividades presenciales escolares y actividades públicas a fines del año 2021 y durante el año 2022 hizo que se retomaran algunos de los proyectos iniciados. Se requiere continuar el trabajo de manera articulada para el abordaje de la obesidad infantil. Para ello, es necesario lograr el compromiso de decisores y decisoras políticos y establecer el modelo del trabajo en red como vía de gestión validada y posible.

## Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas e instituciones que trabajaron y trabajan cada día con el objetivo de mejorar los entornos de la población. También agradecemos a todas y todos quienes integraron o integran el grupo “1 de 3”.

## Conflictos de interés:

Nada que declarar.

## Tablas y Figuras

Tabla 1 Campañas de bien público

| Campaña            | Año  | Características                         | Alcance  | Permanencia                             |
|--------------------|------|---|--|---|
| Solo por Hoy       | 2017 | Piezas gráficas<br>Piezas audiovisuales | Poblacional: (vía pública, transporte urbano de pasajeros, instituciones, periódicos, radios y televisión, redes sociales) | 7 meses<br>En redes sociales<br>1 año   |
| Dale al agua       | 2018 | Pieza gráfica                           | Institucional: fundamentalmente escolar<br>Poblacional: solo en redes sociales   | 3 meses<br>En redes sociales<br>6 meses |
| Bebidas azucaradas | 2019 | Pieza gráfica                           | Institucional: fundamentalmente organismos públicos y escuelas<br>Poblacional: solo en redes sociales                      | 3 meses<br>En redes sociales<br>8 meses |

Fuente: elaboración propia.

Figura 1 Mensajes Campaña “Solo por hoy”



Fuente: <http://www.obesidadinfantilbariloche.com.ar/>

Figura 2 Mensajes Campaña “Dale al agua”



Fuente: <http://www.obesidadinfantilbariloche.com.ar/>

## Anexo 1

Mensajes de las 7 piezas de la Campaña “Solo por Hoy”:

1. 1 de cada 3 chicos [gentilicio de la ciudad] tienen sobrepeso u obesidad
2. Solo por Hoy incorporará una ensalada a la comida.
- 1 de cada 3 chicos [gentilicio de la ciudad] tienen sobrepeso u obesidad. Lo que puede generarles diabetes, hipertensión, problemas articulares y del corazón. Hoy podemos empezar a prevenir. Mañana puede ser demasiado tarde. (\*Este mensaje se repite en el pie de todas las piezas.)
3. Solo por Hoy limitará el tiempo de tu hijo frente a la tele y los videojuegos (\*)
4. Solo por Hoy dale una fruta a tu hijo. (\*)
5. Solo por Hoy no le des a tu hijo comida chatarra. (\*)
6. Solo por Hoy llevá a tu hijo a la plaza en vez de dejarlo frente a los videojuegos. (\*)
7. Solo por Hoy no le des jugo ni gaseosa a tu hijo con las comidas. (\*)

Si bien la campaña original hizo referencia a la problemática barilocheña, se diseñó para que desde cada localidad de la provincia pueda utilizarse, ya que los datos en todo el territorio provincial eran similares.

## Bibliografía

- Abad, L. G. (2020). El trabajo en red colaborativo: desafíos y posibilidades. *Cuadernos de Trabajo Social*, 33, 141-151. <https://doi.org/10.5209/cuts.64769>
- Ariovich, A. y Crojethovic, M. (2015). Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, 8(24), 38-50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477847102004>
- Bonilla-Caicedo, M.; Ríos-Guarango, P.; Yaulema-Brito, L. y Sánchez-Osejo, E. J. (2022). Estrategias de promoción de la salud para una alimentación saludable en niños escolares: una revisión sistemática. *Polo del Conocimiento*, 7(2), 865-877. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3622>
- Bozovich, G.; Alves de Lima, A.; Fosco, M.; Burgos, M.; Martínez, R. y Dupuy de Lome, R. (2020). Daño colateral de la pandemia por covid-19 en centros privados de salud de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 80 (Supl. III), 37-41. Collateral damage in private health care centers in Argentina-Medicina Buenos Aires Vol 80 Sup III 37-41 2020.pdf ([icpcovid.com](http://icpcovid.com))
- De Sousa Campos, G. (2021). *Método Paideia: análisis y gestión de colectivos*. Remedios de Escalada: De la UNLa.
- Ceballos, F. (2011). 10 razones para trabajar en red. *Canada's International Development Research Centre (IDRC)*. <https://nanopdf.com/download>

load/10-razones-para-trabajar-en-red\_pdf

Clausen, M.; Guaresti, G.; Borro, V. y Mathis, V. (20, 21, 22, 24 y 24 de mayo de 2019). Prevención de obesidad infantil. *Semana de Congresos y Jornadas Nacionales*. Sociedad Argentina de Pediatría. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Clausen, M.; D'Adamo, P.; Lozada, M.; Leive, L.; Garibotti, G.; Guaresti, G. y Vallejo, M. (28, 29, 30 de septiembre y 1 de octubre de 2021). Obesidad infantil en niños de 1 y 7 grado de escuelas públicas de Bariloche. Factores de riesgo. *40° Congreso Argentino de Pediatría*. Sociedad Argentina de Pediatría. Salta, Argentina.

Comité Nacional de Infectología. (2020). Condiciones de protección en la comunidad y en el ámbito de la salud en el marco de la pandemia COVID-19. *Arch. Arg. Ped., Suplemento COVID :c42-c45*. [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/Suplemento\\_COVID-19\\_completo.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/Suplemento_COVID-19_completo.pdf)

Critto, M. (2020). Enfoque integral de la salud durante la pandemia. *CASUS*, 5(2), 48-9. <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/28>

Doricci, G. C.; Caccia-Bava, M. D. C. G. G. y Guanaes-Lorenzi, C. (2020). Dinámica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colectiva*, 16, 1-15. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3094>

Gobierno de Río Negro (2020). El ministerio de educación sumó frutas y verduras al refuerzo alimentario de más de 13.000 estudiantes. <https://rionegro.gov.ar/?contID=59954>

Gobierno de Río Negro (2022). Río Negro Nutre. <https://nutre.rionegro.gov.ar/>

Gómez Barrera, L. A. (2017). Complejidad, redes y salud pública. Una revisión. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 59-76. <https://doi.org/10.18270/rsb.v6i2.2020>

Guaresti, G. (2020) *Plan Río Negro Nutre. Modelo de organización y gestión*. Ministerio de Desarrollo Humano y Articulación Solidaria.

Guaresti, G (Comp.). (2022). *Cinco calles, caminos de promoción de la salud en pandemia*. Viedma: Fondo Editorial Rionegrino.

Guevara Machado, J. S.; Ocampo Rojas, L. C.; Triana Vargas, L. J. y Vargas Terranova, C. A. (2022). La participación comunitaria en la construcción de entornos ambientalmente saludables. *Revista de la Universidad de La Salle*, 87, 227-246. <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls/vol2021/iss87/12/>

Idáñez, M. J. A. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?: evaluación de experiencias en atención primaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Martini, C. y Piacentin, P. (15 de noviembre de 2015). Patrón de consumo de niños y niñas bariloenses. *Jornadas Hospitalarias Bariloche*. Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo. San Carlos de Bariloche, Argentina.



- Ministerio de Educación Río Negro (2018). Salud Escolar. Datos Zona Andina I y II.. Años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017. <https://educacion.rionegro.gov.ar/seccion/58>
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) (2020). *Informe 202-2*. ODSA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/720>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. [www.who.int](http://www.who.int)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. [www.who.int](http://www.who.int)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. [www.who.int](http://www.who.int)
- Piaggio, L.; Rolón, M.; Macedra, G. y Dupraz, S. (2011). Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. *Salud Colectiva*, 7, 199-213. <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n2/199-213/>
- Rovere, M. (2006). *Redes en salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Rosario: El Ágora.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires. [https://www.academia.edu/36650684/Modelos\\_de\\_Gesti%C3%B3n\\_en\\_Salud](https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud)
- Tomba, F.; Muñoz, M. C. y Allisiardi, A. A. (2018). La responsabilidad social de la publicidad: eficacia de las campañas de bien público. *Revista Digital de Ciencias Sociales*, 5(8), 157-186. [http://repositorio.umaza.edu.ar/bitstream/handle/00261/1838/-Tomba\\_La%20responsabilidad%20social%20de\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.umaza.edu.ar/bitstream/handle/00261/1838/-Tomba_La%20responsabilidad%20social%20de_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vilar, J. (2008). Ethical Implications of Working in Networks and Community Action. *Culture and Education*, 20 (3), 267-277. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/113564008785826394>Vidal, M.;
- Vialart, M. N.; Hernández L. y Meilan A. (2011). Working in Network. *Educ. Med. Super.*, 25 (3), 372-388. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412011000300015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000300015&lng=es&nrm=iso)

# *Subdimensiones de la cultura de seguridad del/la paciente y protección radiológica en actividades profesionales con radiaciones ionizantes en el campo de la enfermería*

*Sub-Dimensions of the Culture of Patient Safety and Radiological Protection in Professional Activities with Ionizing Radiation in the Field of Nursing*

## *Autora*

*Mariela Bellotti* - mibellotti@unrn.edu.ar -

Bioquímica. Doctora por la Universidad de Buenos Aires, área Patología (Ph. D).  
Investigadora de la Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA). Centro Atómico Bariloche (CAB). Responsable del Laboratorio de Cavitación y Biotecnología (CNEA-CAB).  
Coordinadora de Ingreso de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Río Negro, Sede Andina, Argentina. Profesora Adjunta de la carrera de Medicina, UNRN, Sede Andina.

RECIBIDO 23/06/2022

ACEPTADO 10/08/2022

## *Resumen*

**Introducción:** la cultura de seguridad del/la paciente y la protección radiológica relacionadas con las actividades médicas que utilizan radiaciones ionizantes son un tema global de salud y uno de los indicadores centrales para estimar la calidad y el nivel de los servicios de salud. Se basan en valores de seguridad y se revelan en el comportamiento del personal de salud. **Objetivo:** mapear el campo profesional local de enfermería e identificar problemas en relación con la protección radiológica y la cultura de la seguridad en el personal del hospital. **Metodología:** se realizó un estudio transversal a través de un cuestionario *ad-hoc*. **Resultados:** la capacitación formal en protección radiológica y cultura de la seguridad es escasa. Se observó un nivel adecuado de conocimiento entre el personal de enfermería en temas relacionados con conceptos básicos de protección radiológica, aunque no así con sus efectos biológicos. **Conclusiones:** el personal de enfermería cumple un rol fundamental en el tratamiento y cuidado de los/as pacientes, al brindar cuidados a aquellos/as que no son capaces de cuidarse a sí mismos/as. Es necesario enfocarse en adoptar una cultura de seguridad del/la paciente, y específicamente en aspectos de protección radiológica a través de la implementación de programas de capacitación.

## Palabras clave

- Protección radiológica
- Enfermería
- Cultura de la seguridad
- Educación
- Paciente

## Summary

**Background:** Patient safety culture and radiological protection related to radiation medical activities is a global health issue and one of the core indicators for estimating quality and level of health care services. It is based on safety values and revealed in the behaviour of healthcare staff. **Purpose:** To map the local nursing professional field and to identify issues in radiological protection and safety culture in the hospital. **Methodology:** A cross-sectional study was performed through a dedicated questionnaire. **Results:** Formal training in radiological protection and safety culture is scarce. An adequate level of knowledge was observed among the nursing staff in matters related to basic concepts of radiological protection, but not to its biological effects. **Conclusions:** Nurses play a vital role in treating and taking care of patients, providing care to those who may be unable to care for themselves. Focus on the importance of adopting a culture of patient safety and specifically radiological protection is imperative, and training programmes should be implemented to facilitate this.

## Keywords

- Radiological protection
- Nurse
- Safety culture
- Training
- Education
- Patient

### 1. Introducción

La seguridad del/la paciente es un grave problema de salud mundial y sigue siendo uno de los indicadores básicos para estimar la calidad y el nivel de los servicios de atención de la salud en todo el mundo (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2017). Poco se puede hacer si el/la paciente no se siente seguro/a o, de hecho, si no está seguro/a. La seguridad del/la paciente es una prioridad de los/as profesionales de la salud, quienes se esfuerzan por lograr el entorno más seguro para los/as pacientes.

La seguridad del/la paciente pasó a ser noticia de primera plana en 1999, cuando un informe afirmaba que alrededor de un millón de pacientes sufrían diferentes tipos de lesiones y alrededor de cien mil morían como consecuencia de errores médicos en Estados Unidos (Institute of Medicine, 2000). Años más tarde, un nuevo informe estimaba en más de cuatrocientos mil el número de muertes anuales como conse-

cuencia de daños evitables a los/as pacientes. Una estimación anual de cuatrocientos mil muertes y de cuatro a ocho millones de eventos nocivos por año significan 1.096 muertes diarias y entre 10.959 y 20.918 eventos adversos evitables (Parry, Cline y Goldmann, 2012; James, 2013). Este es un problema mundial: en la Unión Europea, alrededor del 25% de los/as pacientes son víctimas de un evento adverso durante la atención médica, de los/as cuales alrededor del 10% lo sufren durante su estancia en el hospital, cuando la mitad de estos casos podría ser evitable (Agra, 2013). Además, semanalmente se cometen unos doscientos errores quirúrgicos en todo el mundo (Villena, 2013).

Los efectos en la salud relacionados con las radiaciones ionizantes se hicieron evidentes inmediatamente después del descubrimiento de los rayos X en 1895. Los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes se clasifican en efectos determinísticos y estocásticos. La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP, por sus siglas en inglés) define un efecto determinístico como un “daño de la radiación en una población de células, caracterizado por una dosis umbral y un aumento en la severidad de la reacción a medida que la dosis aumenta”, mientras que un efecto estocástico de la radiación se define como una “enfermedad maligna con efectos hereditarios, la probabilidad de que ocurra un efecto, pero no su severidad, es considerada como una función de la dosis, sin umbral” (Comisión Internacional de Protección Radiológica, 2007: 2-4).

Los exámenes médicos que utilizan radiaciones ionizantes no están desvinculados de este contexto de accidentes e incidentes. Varios accidentes han ocurrido en el campo de la radioterapia alrededor del mundo (Inspection General des Affaires Sociales, 2007; Organismo Internacional de Energía Atómica, 1998 y 2001). La mayoría de ellos fueron consecuencia de errores humanos y de organización. Estos

factores provocan entre el 60% y el 80% de los incidentes con fuentes radiactivas, que afectan a los/as pacientes (Yeung *et al.*, 2014). Las lecciones aprendidas de esos accidentes radiológicos muestran que las buenas prácticas en medicina son necesarias, pero no suficientes. Para identificar y evitar errores, se debe hacer algo más, ya que aun un sistema de control bien diseñado puede degradarse con los años si no se implementa correctamente o si algunos pasos se omiten o están en peligro. Los procedimientos médicos con radiaciones ionizantes deben ser realizados por personal de salud debidamente capacitado en protección radiológica, que debe centrarse en los efectos en la salud relacionados tanto con los/as pacientes como con los/as trabajadores/as. Además, directores/as y gerentes de los hospitales deben crear una atmósfera orientada a la cultura de la seguridad en el trabajo (Comisión Internacional de Protección Radiológica, 2009: 4).

### 1.1. Cultura de la seguridad

La cultura de la seguridad suele definirse como el resultado de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud para tratar los temas de seguridad (Wilpert, 2001). La cultura de la seguridad involucra diferentes actitudes y valores de las personas y la organización en relación con la seguridad, es decir, cómo se entiende el tema y cómo los/as trabajadores/as tratan los problemas de seguridad a diario.

La cultura de la seguridad se asienta sobre varios pilares básicos. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes: libre reporte y divulgación de errores, compromiso del/la líder, trabajo en equipo, comunicación y

capacitación en temas de seguridad. Al capacitar a los/as trabajadores/as en cultura de la seguridad, las actividades laborales diarias se realizan de una manera más segura. Como resultado, disminuye el número de cuasi accidentes y problemas de seguridad en el entorno de trabajo.

El concepto de cultura de la seguridad pasó a primer plano tras el accidente nuclear de Chernóbil en 1986 y desde ese momento varias industrias de alto riesgo –aviación, petróleo y gas, nuclear– se interesaron mucho en el tema (International Nuclear Safety Advisory Group, 1998). La característica clave de la cultura de la seguridad son las percepciones compartidas entre la dirección y el personal (Clarke, 1999). Desarrollar una cultura de la seguridad positiva significa reducir la probabilidad de accidentes e incidentes relacionados con las actividades laborales diarias (Cooper, 2000).

En el marco de este trabajo, la cultura de la seguridad en una organización que trabaja con fuentes radiactivas se entiende como el conjunto de características y actitudes en las organizaciones, directivos y trabajadores que garantizan que los temas de seguridad estén en lo más alto de las prioridades y preocupaciones. Incluye a las personas (gerentes y trabajadores/as) y a la organización como un todo relacionado con la seguridad; da un tratamiento absoluto y prioritario a la seguridad, e implica tanto la protección radiológica como la seguridad radiológica y física de las fuentes de radiación (Foro Iberoamericano de Organismos Reguladores Radiológicos y Nucleares, 2015).

La cultura de la seguridad es un subconjunto de la cultura de la organización relacionada con los valores y creencias sobre salud, seguridad y protección. Muestra la capacidad de las personas y las instituciones para hacer frente a los riesgos y peligros y para evitar daños y pérdidas (Reason y Hobbs, 2003). La cultura de seguridad del/la paciente es un

subconjunto de la cultura de la organización directamente relacionado con los valores y creencias sobre la seguridad del/la paciente. Suele definirse como el resultado del aprendizaje social, las formas compartidas de pensar y comportarse, cuyo principal objetivo es la seguridad del/la paciente (Mustard, 2002).

## 1.2. Cultura de seguridad del/la paciente

La cultura de seguridad del/la paciente se basa en valores de seguridad, se manifiesta en el comportamiento del personal de salud y puede clasificarse en las siguientes subdimensiones: sistémica, personal, relacionada con la tarea o interactiva (Kruger, Hurley y Gustafson, 2006; Callahan y Ruchlin, 2003; Reason, 1997; Hewison, 1996; Schein, 1985).

Los dos componentes más importantes de la subdimensión del sistema de la cultura de seguridad del/la paciente son la “integridad del sistema” y el “apoyo de la gestión”. La integridad del sistema se refiere a la decisión del sistema de salvaguardar los riesgos. Se relaciona con las políticas, normas y procedimientos de seguridad, presupuestos, dotación de personal y programación, así como herramientas y equipos de una organización de atención médica de la unidad (Feng, Bobay y Weiss, 2008). Los accidentes de la organización pueden analizarse en función de considerar que los malos eventos no suelen comenzar en el “extremo más complicado”. Tanto las organizaciones como el personal deben ser conscientes de que estos accidentes pueden prevenirse mediante la realización de actividades enfocadas en la promoción de la seguridad y en cambios de actitud y comportamiento frente a esta categoría de riesgos. El apoyo de la gestión del/la líder es otro aspecto importante para crear y dar forma a la cultura de seguridad del/la

paciente en el entorno laboral. Los valores de seguridad se pueden transmitir a miembros del grupo al comunicar que la seguridad del/la paciente es la primera prioridad. Los comportamientos de seguridad de los/as miembros del grupo se pueden reforzar al recompensarlos. Se puede fomentar la no culpabilidad a través de la comunicación abierta de los errores y el análisis justo de las causas. El apoyo de la gerencia es el elemento crítico para crear una cultura de seguridad del/la paciente (Grant, Donaldson y Larsen, 2006; Scott-Cawiezell *et al.*, 2006; Hughes y Clancy, 2005; Thompson, Navarra y Antonson, 2005). Si bien la mayoría de los esfuerzos se enfocan en motivar a los/as trabajadores/as para que desarrollen una adecuada cultura de seguridad, los/as líderes y gerentes de la organización deben orientar las actitudes de trabajo basadas en y hacia la seguridad. En otras palabras, la seguridad debe estar influenciada y moldeada por las decisiones y comportamientos de quienes dirigen la organización.

Los dos atributos de la cultura de seguridad del/la paciente a nivel individual son la competencia y el compromiso personal. El primero se refiere a la garantía de que el personal de enfermería tiene los conocimientos, habilidades e información profesionales y/o técnicos adecuados para brindar atención al/la paciente manteniendo su seguridad. La competencia personal también involucra las características profesionales del personal de enfermería en relación con los/as pacientes, como ser flexible y permanecer vigilante y alerta (Aiken *et al.*, 2003; Callahan y Ruchlin, 2003). La competencia personal está compuesta por un conjunto de comportamientos, habilidades y estrategias que permiten al personal de salud ser competente, relacionarse satisfactoriamente con otras personas y enfrentar desafíos y dificultades en el trabajo sin descuidar la seguridad del/la paciente (Aiken *et al.*, 2003). El segundo atri-

buto se refiere a la participación individual del personal de enfermería en las decisiones sobre la seguridad del/la paciente y los esfuerzos que realizan para mantenerla. El compromiso personal implica motivación. Ese compromiso y motivación con la práctica de la seguridad son componentes de la cultura de seguridad del/la paciente (Reason, 1997).

La subdimensión asociada a la tarea relacionada con los valores y creencias del personal de salud podría estar directamente relacionada con los comportamientos de seguridad observables vinculados con la actividad que realizan los/as trabajadores/as. Estas tareas se basan en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El personal de salud suele trabajar en un ambiente donde las actividades monótonas y rutinarias no son habituales. Muy por el contrario, los eventos importantes a menudo suelen darse de forma aleatoria, impredecible y rápida, lo que puede afectar la seguridad del/la paciente (Kalish y Aebbersold, 2006; Clarke, 1999). Una cultura de seguridad del/la paciente es el producto de los valores y actitudes compartidos por el personal de enfermería. Se deriva de las interacciones entre los/as trabajadores/as, pacientes y el sistema de salud. La mejora de la cultura de seguridad del/la paciente se ha señalado como primera recomendación para promover la seguridad en los hospitales. Los atributos predominantes en esta subdimensión son la comunicación y la asociación. La comunicación es una herramienta clave para compartir información y conocimiento sobre la situación actual relacionada con la salud y seguridad del/la paciente. Su contribución más importante se basa en la capacidad de cambiar y mejorar la cultura imperante al generar la oportunidad de crear condiciones y comportamientos de trabajo más sostenibles (Feng, Bobay y Weiss, 2008). Mantener alianzas con los/as pacientes y sus familias es esencial para las prácticas de seguridad del personal de enfermería. Tradicionalmente, la atención se ha organizado



en torno a las necesidades y deseos de los/as profesionales de la salud y los/as pacientes han sido objeto de los tratamientos. Hoy en día, pacientes y familiares son considerados el centro de atención. Este cambio de paradigma tiene un impacto importante en las organizaciones sanitarias: las ha impulsado a profundizar en sus filosofías, sistemas y estructuras, que guían la forma en que brindan atención (Feng, Bobay y Weiss, 2008).

### 1.3. Conocimiento sobre protección radiológica en el personal de enfermería

El personal de enfermería está a cargo de la atención del/la paciente. En los últimos años, su papel ha cobrado mayor importancia dentro del sistema sanitario. Así, los/as enfermeros/as deben estar atentos/as, conocer y contribuir a la aplicación del principio de justificación. Este principio establece que cualquier decisión que altere la situación de exposición a la radiación debería ser más beneficiosa que perjudicial. Si bien la justificación de un examen médico con radiaciones es responsabilidad de los/as médicos/as prescriptores/as, todos/as los/as integrantes del equipo de salud deben conocer los criterios y las herramientas que se aplican para tomar las decisiones. Es decir, deben tener un conocimiento profundo sobre los efectos en la salud relacionados con la radiación ionizante (tanto en pacientes como en el personal), las dosis de radiación y los riesgos involucrados, entre otros aspectos. En otras palabras, se debe garantizar una situación de beneficio neto (Comisión Internacional de Protección Radiológica, 2007). El número de exámenes médicos que utilizan radiaciones ionizantes aumenta constante y rápidamente. Estos procedimientos se realizan en departamentos tales como radiología, quirófanos, unidades de cuida-

dos intensivos y salas de hospital. En todas estas áreas, el personal de enfermería ofrece cuidados a los/as pacientes antes, durante y después del examen radiológico. Por ello, este personal debe estar formado en la aplicación, al menos, de las medidas básicas de protección: blindaje, tiempo y distancia. La reducción del tiempo de exposición a la radiación, el mantenimiento de una mayor distancia de la fuente de radiación y el uso de blindaje reducen la dosis recibida de una fuente de radiación externa. Además, el personal de salud debe saber cómo y cuándo usar los equipos de protección personal, como delantales de plomo, collares de plomo, gafas plomadas, entre otros. La comprensión de estas medidas ayudará al personal a brindar atención de calidad a los/as pacientes y a protegerse de los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes (Martin *et al.*, 2019; Kim, 2018).

La protección radiológica en medicina tiene aspectos únicos y es un elemento esencial de la práctica médica. Los usos médicos de la radiación ionizante ocurren en todo el mundo, desde las grandes ciudades hasta los hospitales rurales. La administración de una dosis demasiado pequeña o excesiva a un/a paciente suele ser un problema y el riesgo de cualquier examen médico de radiación oscila entre insignificante y potencialmente mortal. Además, la protección radiológica en medicina debe abordar el hecho de no tener límites de dosis, exponer deliberadamente subgrupos sensibles y entregar dosis que podrían causar efectos determinísticos (Holmberg, Czarwinski y Mettler, 2010).

## 2. Metodología

Esta investigación se llevó a cabo antes de la pandemia de COVID-19 en

el único hospital de gestión pública ubicado de una de las ciudades más importantes del noroeste patagónico, Villa La Angostura, en la provincia de Neuquén, República Argentina.

Se eligió el estudio de caso como técnica de observación porque permite estudiar en profundidad la unidad de análisis con el fin de revelar principios universales. Si bien esta metodología no puede conducir a conclusiones sobre causalidad, ofrece la posibilidad de realizar una primera aproximación al tema analizado.

Se realizó un estudio transversal y descriptivo, basado en una estrategia cualitativa y cuantitativa. Este tipo de estudio fue elegido como un primer acercamiento al tema en el área geográfica donde se realizó la encuesta. Se centró en conceptos y comportamientos. El criterio de inclusión involucró a miembros del personal de enfermería que trabajan en el hospital. El criterio de exclusión involucró a cualquier otro/a integrante del hospital que no fuera parte del plantel de enfermería.

El desarrollo del cuestionario fue un proceso laborioso de meses, hasta conseguir una versión definitiva que satisfaga las expectativas previstas. Se realizó un estudio piloto, en idioma castellano, en el cual participaron cuatro docentes de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), dos investigadores independientes, un especialista en Protección Radiológica, dos enfermeras en ejercicio de su profesión y una estudiante universitaria. Todos/as ellos/as desarrollan sus tareas en la zona patagónica. Ninguno/a de ellos/as formó parte de la población de estudio. En base a los resultados del estudio piloto, se diseñó un cuestionario dedicado que incluía variables sociodemográficas –tales como sexo, edad y nivel educativo–, preguntas sobre conocimientos relacionados con la protección radiológica, el ambiente de trabajo, la cultura de la seguridad, la formación continua en cultura de

la seguridad, la cultura de seguridad en pacientes, entre otras cuestiones. Se distribuyó tanto una versión impresa en papel del cuestionario como el consentimiento informado entre el personal de enfermería que trabaja en el hospital, y se recogieron las respuestas un par de semanas después. Se utilizó una urna cerrada donde se depositaban las encuestas y el consentimiento (hojas diferentes). Esa urna rotó por los servicios en varias oportunidades y se abrió al final de la rotación. La encuesta fue voluntaria y anónima, y el grupo de participantes estuvo compuesto por el personal de enfermería en actividad en el hospital (n=47), distribuido en diferentes servicios de salud, como admisión general, sala de emergencias, quirófano y área programática (es decir, consultorios médicos y salas periféricas).

Se utilizó estadística descriptiva (promedio y porcentaje) para presentar la distribución de las variables sociodemográficas y los demás datos. En este trabajo hay una intención franca de la investigadora de evitar perjudicar a los elementos objeto de investigación, así como al resto de la sociedad. Las encuestas se encuentran archivadas bajo la responsabilidad de la autora del trabajo.

El concepto de cultura de seguridad del/la paciente en enfermería fue examinado a partir de la utilización de un enfoque de análisis dimensional. Este es un método evolutivo de análisis de conceptos que enfatiza la naturaleza temporal e interactiva de los conceptos. Se centra en la ilustración de cómo un concepto comprende diferentes perspectivas y construcciones sociales. De acuerdo con la literatura, se debe usar un análisis dimensional cuando el objetivo es comprender la naturaleza conceptual y la evolución de los conceptos, y su fluidez a través de las perspectivas y el contexto (Caron y Bowers, 2000).

### 3. Resultados y discusión

Cuarenta personas respondieron el cuestionario (n=40), es decir, el 85% del personal de enfermería que trabaja en el hospital. De ellos/as, 13 (33%) eran de sexo masculino y 27 (67%) de sexo femenino. Estos resultados son los esperados si se tienen en cuenta los inicios de la enfermería, que siempre ha estado ligada a la mujer: es decir, la sociedad siempre ha visto a la enfermería como un trabajo femenino. No sorprende, entonces, que dos tercios (67%) del personal fueran mujeres. Una explicación podría encontrarse en el tiempo: a fines de la década de 1980, al referirse a los atributos femeninos y masculinos relacionados con los médicos (hombres) y las enfermeras (mujeres), la Organización Mundial de la Salud afirmaba que, en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluía características como ambición, racionalidad y objetividad, mientras que el estereotipo femenino se caracterizaba por la sumisión, la apatía, la dependencia, la emotividad, la subjetividad y el cuidado asistencial (Pizurki *et al.*, 1987). Cuatro décadas después, esta percepción no ha cambiado en absoluto (Tollison, 2018; Aranda, Castillo-Mayén y Montes-Berges, 2015; García-Bañón, Sainz-Otero y Botella-Rodríguez, 2004).

A continuación, en la Tabla 1, se muestra la distribución por rango de edades de los/as encuestados/as.

Tabla 1. Distribución de edad de los/as encuestados/as.

| Rango de edad | Cantidad de encuestados/as en el rango de edad descripto (valor absoluto) |
|---------------|---|
| 18-23         | 0   |
| 24-29         | 7   |
| 30-35         | 8   |
| 36-41         | 7   |
| 42-47         | 9   |
| 48-53         | 6   |
| 54-59         | 3   |
| 60-65         | 0   |
| <b>Total</b>  | <b>40</b>   |

Fuente: elaboración propia.

En Neuquén, el/la empleado/a público/a (y esto incluye salud) se rige por el Estatuto del Personal Civil de la Administración Pública de la provincia del Neuquén (EPECAPP), Decreto Ley N° 1.853/58, que en su artículo 5 establece como límite de edad para el ingreso los 18 años.

El nivel de escolaridad encontrado entre el personal de enfermería fue el siguiente: cinco personas tenían título técnico no universitario y 35 tenían título universitario, de los/as cuales ocho eran licenciados/as. Cabe recordar que la Ley nacional de ejercicio de la enfermería N° 24.004, en su artículo 3, reconoce únicamente a profesionales enfermeros/as y a enfermeros/as. La Tabla 2 muestra el nivel de educación encontrado entre el personal de enfermería que respondió la encuesta. Los resultados se analizaron en conjunto porque no se observaron diferencias significativas entre los niveles de educación.

Tabla 2. Nivel de educación de los/as encuestados/as.

| Nivel de educación             | Cantidad | Cantidad |
|--------------------------------|----------|----------|
| Grado técnico no universitario | 5        | 12,5%    |
| Grado universitario            | 35       | 87,5%    |
| Total                          | 40       | 100%     |

Fuente: elaboración propia.

En primer lugar, se le preguntó al personal de enfermería sobre conceptos generales de protección radiológica y las respuestas obtenidas se resumen en la Tabla 3. Se puede observar que casi la totalidad del grupo de participantes tenía algún tipo de conocimiento general sobre rayos X y cómo identificar las fuentes de radiación en el trabajo.

Tabla 3. Respuestas sobre conceptos generales de protección radiológica. Los resultados se indican en valores absolutos y, entre paréntesis, los porcentajes.

|   | Sí<br>(valor<br>absoluto<br>y%) | No<br>(valor<br>absoluto<br>y%) | No responde<br>(valor<br>absoluto<br>y%) |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Conocimiento sobre el concepto general de rayos X   | 38 (95%)                        | 2 (5%)                          | 0  |
| Identificación del símbolo de advertencia sobre la presencia de radiación (trébol)  | 39 (97,5%)                      | 1 (2,5%)                        | 0  |
| Conocimiento sobre los principios básicos de la protección radiológica  | 28 (70%)                        | 10 (25%)                        | 2 (5%)                                   |
| Conocimiento sobre los efectos en la salud relacionados con las radiaciones(1)  | 23 (57,5%)                      | 17 (42,5%)                      | 0  |
| Conocimiento sobre los límites de dosis   | 2 (5%)                          | 38 (95%)                        | 0  |
| Conocimiento sobre medidas de protección radiológica  | 33 (82,5%)                      | 7 (17,5%)                       | 0  |
| Uso de elementos de protección personal(2)  | 16 (40%)                        | 23 (57,5%)                      | 1 (2,5%)                                 |
| Correcta identificación de símbolos de seguridad radiológica en el ambiente laboral   | 30 (75%)                        | 4 (10%)                         | 6 (15%)                                  |
| Correcta identificación sobre símbolos de seguridad radiológica de la presencia de fuentes radiactivas en el ambiente laboral | 17 (42,5%)                      | 5 (12,5%)                       | 18 (45%)                                 |

Fuente: elaboración propia.

<sup>1</sup> Respuestas encontradas: cáncer, daño/mutación en el ADN, deformidades, infertilidad/esterilidad, daño celular.

<sup>2</sup> Respuestas encontradas: chaleco de plomo, biombos plomados, distancia, paredes.

También se incluyeron preguntas relacionadas con la cultura de seguridad del/la paciente y conocimiento sobre protección radiológica del personal de enfermería, cuyas respuestas detallamos a continuación.

### 3.1. Cultura de seguridad del/la paciente

La cultura de seguridad del/la paciente se basa en valores de seguridad; se revela en el comportamiento del personal de salud y se puede clasificar en las siguientes subdimensiones: sistema, personal, asociado a la tarea e interactivo (Feng, Bobay y Weiss, 2008; Kruger, Hurley y Gustafson, 2006; Callahan y Ruchlin, 2003; Reason, 1997; Hewison, 1996; Schein, 1985).

Subdimensión relacionada con el sistema: los dos componentes principales de esta subdimensión son la integridad del sistema (políticas, normas y procedimientos de seguridad, presupuesto, personal, distribución de herramientas y equipos) y el apoyo e interés de la dirección del hospital en la cultura de la seguridad (Kruger, Hurley y Gustafson, 2006; Callahan y Ruchlin, 2003; Mustard, 2002). Se pudo constatar que el hospital analizado tiene procedimientos informales escritos y equipo de protección personal para actividades relacionadas con la radiación. Por otra parte, el hospital asegura el número necesario de personal de enfermería en cada turno de trabajo. En ese sentido, un 30% de los/as encuestados/as ocupa el espacio destinado a guardia, seguido por el 25% en internación. Esto puede entenderse como un apoyo genuino de la dirección del hospital en la cultura de la seguridad.

Subdimensión personal: las dos características estudiadas fueron el nivel de instrucción y la formación continua (competencia y aptitud) y el compromiso del personal de enfermería (Aiken *et al.*, 2003; Callahan y Ruchlin, 2003; Reason, 1997). El nivel de educación se analizó con base en

la Ley nacional N° 24.004 enunciada anteriormente. Como se mencionó en la Tabla 2, el nivel de educación encontrado entre el personal de enfermería fue el siguiente: 5 personas tenían un título técnico no universitario y 35 tenían un título universitario, de las cuales 8 tenían el grado de licenciatura. Esto refiere a una adecuada competencia y calificación del personal de enfermería, que es necesaria para brindar atención al/la paciente y, al mismo tiempo, para mantener la seguridad del/la paciente. En cuanto a la formación continua, los/as encuestados/as respondieron negativamente dicha pregunta del cuestionario. El 97% de los/as encuestados/as no fue capacitado/a en temas relacionados con radiaciones ionizantes en los últimos dos años y el 95% no fue capacitado en temas relacionados con protección radiológica en los últimos dos años.

Ninguno de los/as encuestados/as fue capacitado/a durante su carrera. Cabe destacar que esta formación no se incluye en la currícula (planes de estudio actuales) de las carreras de enfermería.

Subdimensión asociada a la tarea: esta dimensión de la cultura de la seguridad del/la paciente involucra comportamientos relacionados con la seguridad respecto de las actividades laborales, como la naturaleza de la tarea, la complejidad y la frecuencia de los comportamientos, el ambiente del lugar de trabajo y cómo se enfoca en promover un comportamiento seguro, o qué tan factible es la implementación de las conductas correctas (Kalisch y Aebersold, 2006; Cooper, 2000; Luczak, 1997). Al encuestar al personal de enfermería de este hospital, se pudo observar que el 40% de los/as encuestados/as utiliza elementos de protección personal. Dentro de estos elementos de protección personal, el más citado fueron los chalecos plomados (63,7%), dato alentador, ya que muchos/as enfermeros/as se quejan de los trastornos musculoesqueléticos asociados a su uso (Choi, 2012).

Subdimensión interactiva: la cultura de seguridad del/la paciente es el

resultado de actitudes y valores compartidos entre el personal de enfermería. Es una consecuencia de la interacción entre enfermeros/as, pacientes y el sistema de salud. Los atributos más importantes son la comunicación y la cooperación entre pares (Hoban, 2006; Milstead, 2005; Ponte *et al.*, 2004; Ponte *et al.*, 2003; Mansdorf, 1999).

Al ser consultados/as sobre la importancia de conocer o no las medidas a tener en cuenta para proteger al/la paciente, el 97% respondió de manera positiva, el 3% no contestó y no hubo respuestas negativas. La colaboración entre pares fue revelada por la preocupación o el cuidado que algunas enfermeras mayores –más de 41 años– expresaron tener hacia sus colegas más jóvenes. El primer grupo trató de protegerlos mediante el asesoramiento en el uso de equipos de protección personal y la implementación de medidas de protección, como blindaje, tiempo y distancia. La cooperación es una característica natural del ser humano, que ha contribuido significativamente a la evolución de la especie. En la cooperación entre iguales se reconocen experiencias significativas caracterizadas por la solidaridad, la confianza mutua y la reciprocidad. El conocimiento se reproduce fácilmente en un ambiente de cooperación apoyado por pares, donde la comprensión y el aprendizaje de los colegas es una prioridad. Además, las experiencias de cooperación entre colegas contribuyen a los aprendizajes verbales, sociales y metacognitivos.

### 3.2. Conocimiento sobre protección radiológica del personal de enfermería

En cuanto a los efectos en la salud relacionados con la radiación, el 57,5% de los/as encuestados/as pudo mencionar algún efecto biológico de la radiación ionizante. Se destaca que el 35,9% mencionó cáncer; el 15,3%, mutaciones en la molécula de ADN; seguido por 10,2%, que señaló mal-

formaciones; 7,7%, infertilidad o esterilidad; y 5,5%, atrofia en la glándula tiroidea, entre los más nombrados. Estos resultados están en sintonía con los resultados encontrados por otras investigaciones realizadas en otras partes del mundo, independientemente de la ubicación, la cultura y las características sociales (Wilson-Stewart, Shanahan y Fontanarosa, 2018; Luntsi *et al.*, 2016; Paulinus *et al.*, 2016; Anim-Sampong *et al.*, 2015).

Hay tres principios fundamentales en la protección radiológica: justificación, optimización y límites de dosis (Comisión Internacional de Protección Radiológica, 2007). Los dos primeros se aplican a los/as pacientes que deciden realizarse exámenes médicos con radiaciones ionizantes, mientras que los límites de dosis se aplican a los/as profesionales de la salud y a los/as miembros del público. Las personas encuestadas, casi en su totalidad (95%), desconocían la existencia del principio de limitación de dosis. Esto podría entenderse porque el personal de enfermería no suele incluirse dentro del grupo de trabajadores ocupacionalmente expuestos a la radiación. Los principios de justificación y optimización fueron mencionados por casi dos tercios de los/as encuestados/as. Ambos principios están directamente relacionados con los/as pacientes. Este hallazgo podría pensarse como algo positivo desde el punto de vista de la cultura de seguridad del/la paciente, en comparación con otras investigaciones (Wilson-Stewart, Shanahan y Fontanarosa, 2018; Paulinus *et al.*, 2016; Alotaibi y Saeed, 2006) y teniendo en cuenta que alrededor del 30% de los exámenes radiológicos podrían no estar debidamente justificados (World Health Organization, 2008).

La exposición externa a la radiación ionizante surge de fuentes de radiación fuera del cuerpo, como las máquinas de rayos X, las cuales deben estar debidamente señalizadas. El 43% refirió no saber si se encuentran señalizadas, un 42% afirmó que están señalizadas, mientras que el 12%

afirmó que no están debidamente señalizadas y el 3% no respondió. Sin embargo, la gran mayoría (97,5%) de los/as encuestados/as identificaron el símbolo que representa la presencia de radiación.

Hay tres métodos prácticos principales para controlar la exposición externa a la radiación ionizante: tiempo, distancia y blindaje. Para el personal de enfermería que trabaja en hospitales, estas tres medidas de control son importantes durante los exámenes móviles tales como de radiografía y fluoroscopia. Sin embargo, no siempre es posible aplicar los tres métodos al mismo tiempo. Este estudio reveló que solo el 40% de las personas encuestadas usaban elementos de protección personal (aunque estuvieran disponibles). Comportamientos similares se encontraron en otros estudios a nivel mundial (Bwanga y Kayembe, 2020), lo que podría interpretarse como consecuencia de la falta de formación formal en protección radiológica que recibe el personal de enfermería.

#### 4. Conclusiones

Esta investigación destaca la importancia de una de las funciones más relevantes del personal de salud, en este caso de enfermería: el cuidado del/la paciente, especialmente cuando se trata de exámenes médicos radiológicos. Los/as enfermeros/as desempeñan un papel vital en el tratamiento de los/as pacientes, al brindar atención a aquellos/as que no pueden cuidar de sí mismos/as. Es decir, están en estrecho contacto permanente con los/as pacientes durante su hospitalización. En otras palabras, el personal de enfermería tiene un papel clave en los sistemas de salud.

A su vez, tiene un alto nivel de responsabilidad en las actividades asistenciales, en especial en los exámenes médicos radiológicos. Sin embargo, no



suele recibir suficiente formación, ni en protección radiológica ni en cultura de la seguridad. El personal de enfermería debe tener los conocimientos adecuados de acuerdo con el rol que desempeña para poder llevar a cabo sus funciones con profesionalismo. Por ello, el/la enfermero/a debe ser capaz de comprender y transmitir con claridad los principales conceptos de protección radiológica, los efectos en la salud relacionados con las radiaciones ionizantes en los tejidos del cuerpo humano y la cultura de la seguridad. Se observó con satisfacción que conocen el concepto de rayos X e identifican el trébol como símbolo asociado a las radiaciones. No sucede lo mismo con los límites relacionados con las dosis.

Hasta aquí, se establecen las bases para describir el campo de actuación de la enfermería, los que se aplicarán en el ámbito de la protección radiológica desde todos los ámbitos asistenciales, promoción, protección, tratamiento y limitación del daño, recuperación y rehabilitación.

El personal de salud y el personal de enfermería en particular deben darse cuenta de la importancia de su papel en los sistemas de salud. La capacitación sobre la implementación de medidas básicas de protección radiológica y una estructura de protocolos desde el punto de vista de la enfermería debería ser obligatoria.

Por último, pero no menos importante, la cultura de la seguridad es para una organización lo que la personalidad es para un individuo.

## ***5. Limitaciones del estudio***

Si bien los resultados aquí obtenidos solo son aplicables para describir la situación particular de la institución estudiada, dieron a la autora la posibilidad de fotografiar por primera vez el campo profesional de la enfer-

mería en esta parte de la Patagonia. A partir de esta experiencia, se llevan adelante estudios de casos en ciudades cercanas para construir un panorama completo de la situación.

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación en los sectores público, privado o sin fines de lucro.

La autora declara no tener conflictos de interés. No se requirió de la aprobación ética porque la investigación no implicó trabajar con pacientes ni animales. Se solicitaron y obtuvieron todos los permisos hospitalarios necesarios. Además, el cuestionario fue voluntario y anónimo. La autora garantiza la confidencialidad de las respuestas y el correcto almacenamiento de dichos cuestionarios.

## Bibliografía

Agra, Y. (2013). *Programas de Organización y Factores Humanos en el Sistema de Salud Español. Estrategia de Seguridad del Paciente*. Safety Granada.

Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Cheung, R. B.; Sloane, D. M. y Silber, J. H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA*, 290, 1617-1623. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14506121/>

Alotaibi, M. y Saeed, R. (2006). Radiology Nurses' Awareness of Radiation. *J Rad Nursing*, 25(1), 7-12.

Anim-Sampong, S.; Opoku, S. Y.; Addo, P. y Botwe, B. O. (2015). Nurses Knowledge of Ionizing Radiation and Radiation Protection During Mobile Radiodiagnostic Examinations. *Educ Res*, 6(3), 39-44.

Aranda, M.; Castillo-Mayén, M. y Montes-Berges, B. (2015). Has the Traditional Social Perception of Nurses Changed? Current Attribution of Stereotypes and Gender Roles. *Acción Psicológica*, 12(1), 103-112.

Bwanga, O. y Kayembe, R. M. (2020). Awareness of Nurses to Radiation Protection in Medicine. *Int J Med Rev.*, 7(3), 78-84.

Callahan, M. A. y Ruchlin, H. (2003). The Role of Nursing Leadership in Establishing a Safety Culture. *Nurs Econ.*, 21, 296-298. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14705562/>

Caron, C. D. y Bowers, B. J. (2000). Methods and Application of Dimensional Analysis: A Contribution to Concept and Knowledge Development in Nursing. En B. L. Rodgers y K. A. Knafl (Eds.), *Concept Development in Nursing* (pp. 285-319). Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Choi, S. D. (2012). A Review of the Ergonomic Issues in the Laparoscopic Operating Room. *Journal of Healthcare Engineering*, 3, 587-603.

Clarke, S. (1999). Perceptions of Organizational Safety: Implications for the Development of Safety Culture. *J Organ Behav.*, 20, 185-198. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199903\)20:2<185::AID-JOB892>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199903)20:2<185::AID-JOB892>3.0.CO;2-C)

Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) (2007). The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. *ICRP Publication 103. Ann. ICRP*, 37(2- 4), 1-332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18082557/>

Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) (2009). Preventing Accidental Exposures from New External Beam Radiation Therapy Technologies. *ICRP Publication 112. Ann. ICRP*, 39(4), 1-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20478472/>

Cooper, M. D. (2000). Towards a Model of Safety Culture. *Safety Sci.*, 36, 111-136. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)

Feng, X.; Bobay, K. y Weiss, M. (2008). Patient Safety Culture in Nursing: A Dimensional Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3),

310-319 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18702778/>

Foro Iberoamericano de Organismos Reguladores Radiológicos y Nucleares (2015). Cultura de Seguridad en las organizaciones, instalaciones y actividades con fuentes de radiación ionizante.

García-Bañón, A. M.; Sainz-Otero, A. y Botella-Rodríguez, M. (2004). Nursing and Sex Discrimination: Considerations on Gender. *Index Enferm.*, 13(46), 45-48.

Grant, M. J.; Donaldson, A. E. y Larsen, G. Y. (2006). The Safety Culture in a Children's Hospital. *Journal of Nursing Care Quarterly*, 21, 223-229. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16816602/>

Hewison, J. T. (1996). Organizational Culture: A Useful Concept for Nurse Manager. *J Nurs Admin.*, 4, .3-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8696582/>

Hoban, S. (2006). Creating a New Culture of Safety. *Nursing Home/Long Term Care Management*, 52, 51-53.

Holmberg, O.; Czarwinski, R. y Mettler, F. (2010). The Importance and Unique Aspects of Radiation Protection in Medicine. *European Journal of Radiology*, 76, 6-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20638808/>

Hughes, R. G. y Clancy, C. M. (2005). Working Conditions that Support Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quarterly*, 20, 289-292. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16177577/>

Inspection General des Affaires Sociales (2007). Summary of the Report A.S.N. Report n. 2006 ENSTR 019 – IGAS n. RM 2007-015P on the Épinal radiotherapy accident.

Institute of Medicine (IOM) (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington D. C.: National Academy Press.

International Nuclear Safety Advisory Group (1998). Basic Safety Principles for Nuclear Power Plants. Safety Series. No. 75-INSAG-3. Vienna: IAEA.

James, J. T. (2013). A New, Evidence-Based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *J Patient Saf.*, 9(3), 122-128. <https://psnet.ahrq.gov/issue/new-evidence-based-estimate-patient-harms-associated-hospital-care>

Kalish, B. J. y Aebersold, M. (2006). Overcoming Barriers to Patient Safety. *Nursing Economics*, 24, 143-149. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16786829/>

Kim, J. H. (2018). Three Principles for Radiation Safety: Time, Distance, and Shielding. *The Korean Journal of Pain*, 31(3), 145-146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30013728/>

Kruger, N.; Hurley, A. C. y Gustafson, M. (2006). Framing Patient Safety Initiatives: Working Model and Case Example. *J Nurs Admin.*, 6, 200-204. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16609342/>

Ley N° 1.853 (20 julio de 1958). Estatuto del Personal Civil de la Administración Pública de la Provincia del Neuquén. Modificado por Ley N° 2.790-2011. <https://www.contadurianeiquen.gov.ar/ley-1853-1958-estatu-to-del-personal-civil-de-la-administracion-publica-de-la-provincia-del-neuquen/>

Ley N° 24.004 (23 de octubre 1991). Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). Ejercicio de la enfermería Concepto y Alcances. Personas comprendidas. Derechos y obligaciones. Registro y matriculación. Autoridad de aplicación. Régimen disciplinario. Disposiciones Transitorias y Varias. Salud Pública. Promulgada por decreto N° 2.230. Buenos Aires, Argentina. <http://servicios.infoleg-gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>.

Luczak, J. (1997). Task Analysis. En G. Savendy (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics* (pp. 341-409). New York: Wiley.

Luntsi, G.; Ajikolo, A. B.; Flavious, N. B.; Nelson, L.; Nwobi, C.; Hassan, J. M. y Malgwi, F. A. (2016). Assessment of Knowledge and Attitude of Nurses Towards Ionizing Radiation during Theatre/ward Radiography. *J Nurse Care*, 5(3), 342-345.

Mansdorf, Z. (1999). Organization Culture and Safety Performance. *Occupational Hazards*, 61, 109-112.

Martin, A.; Harbison, S.; Beach, K. y Cole, P. (2019). *An Introduction to Radiation Protection*. London: CRC Press.

Milstead, J. (2005). The Culture of Safety. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 5(6), 51-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16443959/>

Mustard, L. W. (2002). The Culture of Patient Safety. *J Nurs Admin.*, 4, 111-115. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12476068/>

Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA) (1998). *Accidental Overexposure of Radiotherapy Patients in San José, Costa Rica*. Vienna.

Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA) (2001). *Investigation of an Accidental Exposure of Radiotherapy Patients in Panama. Report of a Team of Experts*. Vienna.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

Paulinus, S. O.; Mgbekem, M.; Archibong, B. E.; Paulinus, R. S. e Ibe, B. S. (2016). Evaluation of Nurses' Knowledge of Radiation Protection Practice: A Case Study of Two Hospitals in Calabar, Nigeria. *Int J Sci Eng Res.*, 7, 23-28.

Parry, G.; Cline, A. y Goldmann, D. (2012). Deciphering Harm Measurement. *J Am Med Assoc.*, 307, 2155-2516. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22618920/>

Pizurki, H.; Mejia, A.; Butter, I. Ewart, L. y World Health Organization. (1987) *Women as Providers of Health Care*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38092>

Ponte, P. R.; Colin, G.; Conway, J. B.; Grant, S.; Medeiros, C.; Nies, J.; Shulman, L.; Branowicki, P. y Conley, K. (2003). Making Patient-Centered Care Come Alive: Achieving Full Integration of the Patient's Perspec-

tive. *J Nurs Admin.*, 33, 82-89. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12584460/>

Ponte, P. R.; Connor, M.; DeMarco, R. y Price, J. (2004). Linking Patient and Family-Centered Care and Patient Safety: The Next Leap. *Nurs Econ.*, 22, 211-215. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15382399/>

Reason, J. T. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Brookfield: Ashgate Publishing Company.

Reason, J. T. y Hobbs, A. (2003). *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*. Londres: Routledge.

Schein, E. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass. [https://books.google.com.ar/books?id=Mnres2PlFLMC&lp-g=PR9&ots=opgtJa9rNm&dq=Schein%20E.%20\(1985\).%20Organization%20Culture%20and%20Leadership.%20San%20Francisco%2C%20CA%3A%20Jossey-Bass.&lr&hl=es&pg=PR9#v=onepage&q=Schein%20E.%20\(1985\).%20Organizational%20Culture%20and%20Leadership.%20San%20Francisco,%20CA:%20Jossey-Bass.&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=Mnres2PlFLMC&lp-g=PR9&ots=opgtJa9rNm&dq=Schein%20E.%20(1985).%20Organization%20Culture%20and%20Leadership.%20San%20Francisco%2C%20CA%3A%20Jossey-Bass.&lr&hl=es&pg=PR9#v=onepage&q=Schein%20E.%20(1985).%20Organizational%20Culture%20and%20Leadership.%20San%20Francisco,%20CA:%20Jossey-Bass.&f=false)

Scott-Cawiezell, J.; Vogelsmeier, A.; McKenney, C.; Rantz, M.; Hicks, L. y Zellmer, D. (2006). Moving from a Culture of Blame to a Culture of Safety in Nursing Home Setting. *Nursing Forum*, 41, 133-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16879148/>

Thompson, P. A.; Navarra, M. B. y Antonson, N. (2005). Patient Safety: The Four Domains of Nursing Leadership. *Nursing Econo-*

*mics*, 23, 331-332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16459908/>

Tollison, A. C. (2018). Stereotype Threat in Male Nurse-Patient Interactions. *J Nurs Educ.*, 57(10), 614-619. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277547/>

Villena, J. (2013). ¿Cómo contribuyen los Factores Humanos y Organizativos a la mejora de la Seguridad? Institut pour une culture de sécurité industrielle. Safety Granada.

Wilpert, B. (2001). *The Relevance of Safety Culture for Nuclear Power Operations*. London: Taylor & Francis.

Wilson-Stewart, K.; Shanahan, M. y Fontanarosa, D. (2018). Occupational Radiation Exposure to Nursing Staff During Cardiovascular Fluoroscopic Procedures: A Review of the Literature. *J Appl Clin Med Phys.*, 19(6), 282-297. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294978/>

World Health Organization (2008). *Global Initiative on Radiation Safety in Healthcare Settings*. Geneva: WHO.

Yeung, T. K.; Bortolotto, K.; Cosby, S.; Hoar, S.; Hoar, M. y Lederer, E. (2014). Quality Assurance in Radiotherapy: Evaluation of Errors and Incidents Recorded Over a 10-year Period. *Radiother Oncol.*, 74(3), 283-291. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15763309/>

# *Estrés laboral y burnout en kinesiólogos/as con orientación en neurorrehabilitación en la ciudad de Rosario*

*Job Strain and Burnout in Kinesiologists that Specialize in Neurorehabilitation in the City of Rosario*

## *Autores/as*

*Marina Terradez* - marinaterradez@hotmail.com -  
Psicóloga. Universidad Nacional de Rosario y Universidad del Gran Rosario, Argentina.

*Pablo Luis Martino* - p.martino@hotmail.com -  
Doctor en Psicología. Universidad Nacional de Rosario y Universidad del Gran Rosario, Argentina.

*Sebastián Ramos* - sramos@ugr.edu.ar -  
Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Kinesiología Neurológica. Docente Titular de Técnicas Kinésicas II. Director del Espacio de Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

*Virginia Trossero* - vtrossero@ugr.edu.ar -  
Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Kinesiología Neurológica. JTP de Técnicas Kinésicas II de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 22/06/2022

ACEPTADO 23/09/2022

## *Resumen*

El presente estudio surge como respuesta a la escasez de investigaciones sobre estrés laboral en profesionales de la kinesiología, en el contexto argentino. Por este motivo, se administró el Inventario de Burnout de Maslach y una encuesta demográfica-laboral a 47 kinesiólogos/as de Rosario. También se realizaron entrevistas grupales a cuatro profesionales, cuya principal área de ejercicio profesional correspondía, en todos los casos, a la neurorrehabilitación.

Entre algunos hallazgos, se destaca que el 27,7% de la muestra presentó valores compatibles con Síndrome de Burnout. Esta cifra resulta un porcentaje relevante para la condición y para cualquier problemática de salud.

Entre los factores que podrían explicar estos valores se incluye la especialidad de neurorrehabilitación, dado que es un campo que expone al/la kinesiólogo/a a patologías complejas, de lenta o nula recuperación, y al sufrimiento psicológico tanto de pacientes como de su entorno social.

Un segmento importante de la muestra (75%) presentó un alto agotamiento emocional atribuible a la profesión y el 55% evidencia conductas de cinismo y distancia ante los/as pacientes. No obstante, a pesar de esos indicadores preocupantes, más de la mitad de la muestra manifestó una alta realización personal,



por lo que se sienten a gusto con su profesión y le confieren suficiente utilidad y sentido, aspectos que, estimamos, ayudarían a compensar y contrarrestar el cansancio emocional.

En línea con los datos recopilados en las entrevistas, la atención kinésica a domicilio se correlacionó en forma positiva con el agotamiento emocional. Lo mismo sucedió con aquellos/as profesionales que trabajan en el sector privado, lo cual obedece a la precarización laboral. Por el contrario, el sistema de salud pública garantiza contratos estables y mayor seguridad social.

Se sugiere destinar mayores esfuerzos a la implementación de políticas de cuidado de la salud psíquica de los/as colegiados/as, especialmente al diseño de mecanismos que permitan auditar y mejorar las condiciones laborales en el sector privado.

## ***Palabras clave***

- Estrés
- *Burnout*
- Kinesiólogos/as
- Neurorrehabilitación

## ***Summary***

The present work arises as an answer to the shortage of research on job strain in kinesiologists, in the Argentinean context. To this aim, the

Maslach Burnout Inventory (MBI) as well as a demographic work-related survey were conducted among 47 kinesiologists from Rosario. Group interviews were also conducted among four professionals whose main working area corresponds to neurorehabilitation in all cases.

Among other findings, it should be mentioned that 27.7% of the sample shows values that are compatible to Burnout Syndrome. This percentage represents a high value, and it is relevant to this condition and to other health problems.

Among the factors that could explain these values there is the neurorehabilitation speciality, as it is an area where kinesiologists are prone to be exposed to complex pathologies, of slow or no recovery, and to psychological suffering from patients and from their social environment.

An important part the sample (75%) showed a high level of emotional exhaustion, which is related to the profession; and 55% of the interviewed professionals evidence behaviors of cynicism and detachment towards patients. However, in spite of these alarming indicators, more than a half of them showed a high level of personal fulfillment, which indicates that they feel at ease with their profession. This would add meaningfulness and a sense of utility to it, which we believe would help compensate and counteract emotional weariness.

In line with the results from the interviews, kinesic attention to patients at their homes had a positive correlation with emotional weariness, as well as with those professionals that work in the private sector and who work under precarious working conditions. On the contrary, the public health system offers long-term contracts and more social stability.

We suggest that bigger efforts are made towards implementing psychic health-care policies for the collegiate members, especially mechanisms that allow for the auditing and improvement of working conditions in the private sector.

## Keywords

- Stress
- Burnout
- Kinesiologists
- Neurorehabilitation

## Introducción

Hans Selye, un médico y científico austrohúngaro, puede considerarse el autor de una de las primeras aproximaciones teóricas al estrés (1936), al que define como una reacción fisiológica inespecífica en respuesta a exigencias del ambiente, y destaca entre sus mecanismos centrales la innervación y activación del sistema nervioso simpático, así como el circuito hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), con el consecuente aumento de los niveles de cortisol endócrino. Décadas después, Lazarus y Folkman plantearon la teoría transaccional. Sostenían que:

el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta última percibida, evaluada y valorada como algo que podría exceder sus propios recursos, de complicado afrontamiento, logrando incluso poner en peligro el bienestar personal (1986: 43).

Por su parte, el aporte de un psicoanalista rosarino, Mario Kelman, sostiene que el estrés “no es otra cosa que la incidencia de la demanda en un órgano. Allí donde la demanda no encuentra un límite fuera del

cuerpo, el órgano hace de último límite, a sus expensas” (2013: 51).

Se hace necesario subrayar que los cambios y manifestaciones fisiológicas que ocurren a partir de determinadas situaciones no serían patológicas *per se*. Por el contrario, cumplen una función adaptativa y activadora necesaria. En cambio, cuando esta respuesta se exagera, puede provocar efectos nocivos en la salud física y mental (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005; Yaribeygi *et al.*, 2017).

El ámbito laboral puede ser en ocasiones un escenario de situaciones desgastantes por diversas razones, como las exigencias propias de la actividad laboral, la falta de reconocimiento, la insuficiente remuneración, las jornadas extensas, entre otras. Algunos/as autores/as utilizan la denominación *burnout* para designar el síndrome ocasionado por circunstancias prolongadas de estrés laboral, y cuyas manifestaciones son el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) o cinismo y la baja percepción de realización personal (RP) (Freudenberger, 1974; Gil-Monte y Peiró, 1999; Maslach, Jackson y Leiter, 1986). Cabe destacar que la OMS lo ha declarado factor de riesgo laboral por sus implicancias en la calidad de vida y salud psico-física de los/as trabajadores/as, además de incluirlo como factor de mortalidad (Saborío-Morales Morales e Hidalgo-Murillo, 2015).

En lo concerniente a profesionales de la salud de Argentina, estudios realizados en médicos/as, psicólogos/as y enfermeros/as expresan resultados de amplio rango de variabilidad de prevalencia de *burnout*. Por ejemplo, mediante la utilización del Inventario de Maslach (IBM) y mismos puntos de corte, Neira (2004) reportó un 14,6% de *burnout* en médicos/as argentinos/as de distintas especialidades, mientras que Gil-Monte y Marucco (2008) obtuvieron 37,4% en pediatras de hospitales generales del Gran Buenos Aires. Por su parte, Grau *et al.* (2009), a

través de una amplia muestra de profesionales en las áreas de la medicina, psicología, enfermería, odontología y nutrición, han informado, para un total de 7.503, una prevalencia de 14,4% de *burnout*. En ese estudio, se consignaron entre los factores protectores frente al *burnout* algunas características, entre las que se destacaron: más años de ejercicio profesional y edad de las personas, tener hijos/as y una mejor valoración de la situación económica personal.

Resulta llamativa la escasez de publicaciones que releven datos similares en kinesiólogos/as en la Argentina. Sin embargo, podemos destacar dos estudios realizados en el exterior. En primer lugar, Pustułka-Piwnik *et al.* (2014) evaluaron a 151 fisioterapeutas de servicios de salud de Cracovia, Polonia, para lo cual administraron un cuestionario demográfico-laboral, así como el IBM. Entre los resultados más importantes se destacó que el AE es mayor en terapeutas que trabajan con pacientes adultos/as y en ámbito hospitalario, mientras que la DP es mayor en fisioterapeutas hombres, también en ámbito hospitalario y con antigüedad mayor a 15 años. Por su parte, Bruschini, Carli y Burla (2018) estudiaron los casos de 391 profesionales, entre los/as que se encontraba un grupo de 210 fisioterapeutas, trabajadores/as de servicios de rehabilitación de clínicas italianas. Se administró el IBM y obtuvieron datos sobre información demográfica y laboral. El 32,2% de la muestra presentaba alto AE, y un 15,7% de los/as fisioterapeutas expresaba elevado riesgo de *burnout*. Cabe destacar que el procedimiento fue similar al de Grau *et al.* (2009), dado que recurrieron al cálculo de los tertiles para las dimensiones de AE, DP y RP.

Al considerar la necesidad de una mayor investigación en poblaciones locales, este trabajo se propone explorar el estrés laboral en kinesiólogos/as de la ciudad de Rosario, Argentina. Persigue los objetivos de

pesquisar síndrome de *burnout*, sondear el grado de AE, DP y RP, y examinar la asociación entre AE, DP y RP, incluyendo algunas variables demográficas y laborales presentadas.

## Metodología

Se realizó un estudio exploratorio, con metodología cuali-cuantitativa. La muestra para el estudio cuantitativo que designaremos como grupo 1 fue no probabilística y quedó conformada por 47 kinesiólogos/as de Rosario. La edad media fue 37 años (DT 10) y el 70% eran mujeres. Todos/as los/as participantes informaron que su principal área de ejercicio profesional era la neurorrehabilitación. Cabe destacar que, conforme a datos actuales suministrados por el Colegio de Kinesiólogos 2da circunscripción de Santa Fe, la población total de kinesiólogos/as de Rosario asciende a 1.034 sujetos. Por otra parte, desde el año 2016, cuando se creó la carrera de Especialización en Fisiatría y Kinesiología neurológica de la Universidad del Gran Rosario, hasta la actualidad, hay 18 colegiados/as residentes en la ciudad que culminaron la especialización.

Por otro lado, se realizaron entrevistas a profesionales que se desempeñan en la especialidad. Participaron cuatro mujeres de 25, 28, 32 y 36 años, que conformaron lo que llamaremos grupo 2. Tres de ellas cuentan con formación de posgrado en rehabilitación neurológica. La selección de estas personas se realizó según un criterio de disponibilidad, dado que fueron las primeras participantes en responder afirmativamente la invitación para la fecha acordada.

Para el primer grupo se administró el IBM (Maslach, Jackson y Leiter, 1986). El instrumento consta de 22 ítems que informan sentimientos y pensa-

mientos en relación con el trabajo. Las respuestas ofrecidas varían, según la frecuencia con la que se vivencia cada una de las situaciones descriptas, desde “nunca” a “diariamente”. Se evalúa agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, que corresponden a los tres componentes del síndrome de *burnout*. En consonancia con las recomendaciones de Maslach, fueron considerados como indicativos de *burnout* valores altos en las dos primeras dimensiones, y valores bajos en la tercera. Para la delimitación de alto AE, alta DP y baja RP se adoptaron los puntos de corte elaborados por Neira (2004) para profesionales de la salud en contexto local: respectivamente,  $\geq 22$  puntos para alto AE,  $\geq 5$  puntos para alta DP e  $\leq 35$  puntos para baja RP. También se aplicó una encuesta sociodemográfica y laboral compuesta por preguntas cerradas para la obtención de información sobre género, edad, años de ejercicio profesional, horas y áreas de trabajo y ámbito laboral (instituciones públicas, instituciones privadas o consultorio privado).

La inclusión de todos/as los/as participantes requirió de consentimiento informado. Posteriormente, entre mayo y agosto de 2021 se administraron los instrumentos a través de la plataforma Google Forms.

Los datos analizados se realizaron mediante el software SPSS 26.0®. Se utilizó estadística descriptiva para el *score* de AE, DP y RP, % de Síndrome de *burnout* y variables laborales. Se efectuaron comparaciones de medias y correlaciones bivariadas. Se seleccionaron métodos paramétricos si se cumplían los criterios de normalidad. Fueron indicadores de significación estadística valores  $< .05$ .

Para el segundo grupo, se realizó un análisis cualitativo de contenido. Requirió de la desgrabación del audio de las entrevistas, que se transcribió y se codificó el contenido resultante en grandes categorías o núcleos temáticos, para su respectivo análisis. Las categorías analiza-

das fueron las siguientes: a. Dificultades y preocupaciones asociadas a la práctica profesional; b. Satisfacción asociada a la práctica profesional; c. Expectativas asociadas a las formas de contratación laboral y retribución económica; d. Relación paciente-terapeuta; e. Satisfacción por fuera del ámbito profesional; y f. Trabajo en equipo (interdisciplina).

## Resultados cuantitativos del grupo 1

En la Tabla 1 se informan los descriptivos de las variables laborales. En relación con el principal ámbito de ejercicio laboral, el 48,9% se desempeñaba en consultorio particular, el 29,8% en instituciones privadas y el 21,3% en instituciones públicas.

Tabla 1. Variables laborales

|       | ¿Años de práctica profesional? | ¿Cuántas horas promedio trabaja diariamente? | ¿Cuántas horas promedio trabaja diariamente en consultorio? | ¿Cuántas horas promedio trabaja diariamente en domicilio? |
|-------|--------------------------------|--|---|---|
| Media | 11,9                           | 8,5  | 5,7   | 2   |
| DT    | 9,6                            | 1,9  | 2,8   | 1,9   |

En otro orden de cosas, se presentan en la Tabla 2 los descriptivos de las puntuaciones brutas de cada dimensión del IBM. Conforme a su interpretación en niveles, el 74,5 % presentó puntuaciones de alto AE, el 55% con alta DE y también el 55% con alta RP. El 27,7% de la muestra presentó puntuaciones compatibles con Síndrome de *burnout* ( $n = 13$ ).

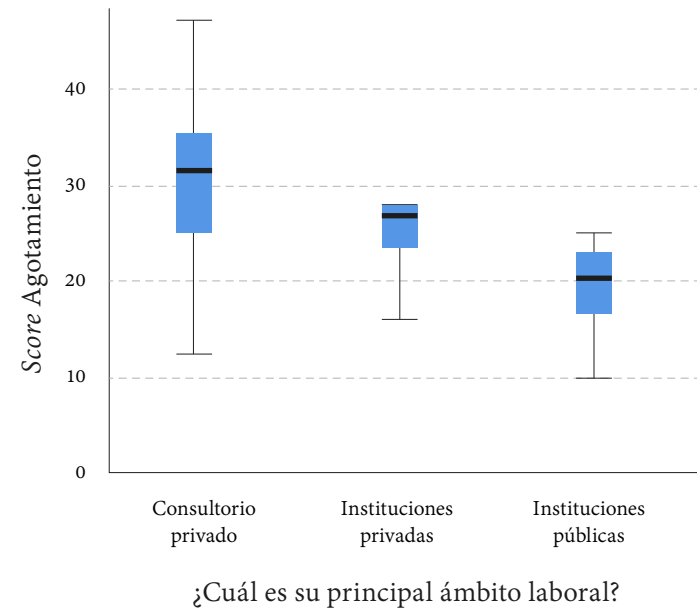
Tabla 2. *Score* de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP)

|    | n  | Mín. | Máx. | Media | DT   |
|----|----|------|------|-------|------|
| AE | 47 | 6    | 45   | 26,49 | 9,2  |
| DP | 47 | 0    | 21   | 7,91  | 5,13 |
| RP | 47 | 23   | 48   | 35,89 | 5,88 |

Al realizar los análisis de correlación entre las puntuaciones de AE, DP y RP y las distintas variables laborales, se observó una correlación positiva entre el AE y la cantidad de horas dedicadas a la práctica kinésica a domicilio ( $r = .317, p < .05$ ). El resto de las variables (edad, años de ejercicio profesional y horas promedio de trabajo diario en consultorio y en general) no correlacionaron significativamente con las dimensiones del Maslach.

Tal como ilustra la Tabla 3, al efectuar comparaciones entre grupos por Kruskal Wallis, se observaron diferencias de AE según el principal ámbito de trabajo (test  $kw = 7.2, gl = 2, p < .05$ ). Las correcciones por Bonferroni indican que el agotamiento es significativamente mayor para quienes se desempeñan en el ámbito privado –tanto en consultorio o institución– respecto de quienes cumplen su labor en instituciones públicas ( $p < .05$ ). No hubo diferencias según DP y RP. Tampoco se observaron diferencias según género.

Tabla 3. Agotamiento emocional según el ámbito de trabajo kinésico



## *Informe sobre las entrevistas realizadas al grupo 2*

Los ámbitos laborales donde se desempeñan las cuatro profesionales entrevistadas son heterogéneos a nivel institucional, y pertenecen tanto al ámbito público como al privado. Algunas de ellas realizan el ejercicio profesional en varios lugares para poder sostener una fuente de ingresos acorde a sus necesidades. También son divergentes respecto de la población con la que trabajan, dado que atienden a adultos/as y niños/as. Todas las profesionales, independientemente del ámbito donde se desempeñan, lo hacen de manera autónoma, por lo que su retribución económica corresponde a las horas trabajadas, y no reciben remunera-

ción en caso de enfermedad, vacaciones y feriados.

Manifiestan que su trabajo no está bien pago. En ese sentido, destacan cuestiones tales como el cobro de honorarios meses después de haber realizado la prestación, la existencia de una relación perjudicial entre el valor nominal de la hora cobrada y el costo que tienen que pagar para capacitarse y continuar su formación, o la precarización laboral tanto en los honorarios percibidos como en las condiciones de trabajo. También refieren falta de reconocimiento económico diferencial para profesionales que han realizado especializaciones, en discrepancia con lo que ocurre con otras especialidades de la salud.

A esta situación se suma el hecho de que el trabajo les requiere un importante insumo de tiempo para realizar informes, planificaciones, reevaluaciones, reuniones de equipo, devoluciones e historias clínicas, que redoblan –en ocasiones– al que les demanda el trabajo con el o la paciente. El inconveniente radica en que, para las colegas que trabajan en el ámbito privado, ese tiempo no está contemplado ni reconocido económicamente, lo que genera malestar, sensación de fracaso personal y frustración.

Destacan, en general, la importancia de trabajar con otros/as profesionales, ya sean colegas o especialistas de otras disciplinas, al punto que consideran que el trabajo con los/as pacientes no podría ser posible sin esa multiplicidad de miradas. Asimismo, señalan el gran valor del trabajo en equipo, y lo reconocen como un sostén emocional que les permite hacer una red profesional, que no solo las beneficia de forma personal, sino que también permite un desarrollo terapéutico acorde a las necesidades de los/as pacientes.

En el quíncho de la institución, donde nos encontramos para almorzar y descansar un momento, ocurren encuentros casuales. Allí es donde

podemos hablar sobre lo que nos pasa como profesionales, lo que nos preocupa, o lo que nos angustia, (...) lo sentimos como fundamental para poder acompañarnos en algunos momentos (Paula, 28 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

Resaltan que el trabajo interdisciplinario es enriquecedor y las fortalece, siempre que las relaciones laborales sean en un marco de respeto profesional y compañerismo, al permitirles ayudarse, a la vez que las diferencias puedan devenir en una experiencia de construcción. Cuando no están dadas estas condiciones, la labor con otros/as se vuelve muy pesada e intolerable, lo cual genera un importante malestar. Reconocen que presentan cansancio físico y psíquico, al considerar que, para esta especialidad, la puesta en juego del propio cuerpo como medio de trabajo es fundamental. Prevalece el cansancio físico en aquellas profesionales que realizan jornadas de doce horas, y que son más novatas en la tarea. En cambio, se destaca el cansancio psíquico en aquellas que tienen más de diez años de trayectoria profesional. Ellas refieren desazón y desilusión porque algunas situaciones adversas no presentan modificación alguna a pesar del paso del tiempo. También aluden importante malestar cuando trabajan de manera interdisciplinaria con algún/a paciente y existen diferencias con los/as compañeros/as en el modo de pensar e intervenir en el abordaje terapéutico, por lo que consideran que las decisiones tomadas por otros/as profesionales de la salud interfieren y de ese modo dificultan o impiden su labor profesional, e incluso llegan a entorpecer el tratamiento del/la paciente.

Hoy, que tengo varios años de profesión, me aqueja más lo psíquico que lo físico. Siento que me ha cansado el hecho de que pasan los años y ves que lo que genera malestar no se modifica, que las cosas se mantienen



iguales. El tema de lo no remunerado me pesa muchísimo, y con el tiempo, pesa más, fundamentalmente cuando formé mi familia. Ya no quiero hacer algunas tareas cuando estoy en mi casa con mis hijos, o empezar una reunión a las 8 de la noche (María, 36 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

Con respecto al trabajo con los/as pacientes, manifiestan que la relación terapéutica por momentos se complejiza o dificulta, lo cual tiene una incidencia negativa sobre los/as profesionales. Esto ocurre en la atención de pacientes crónicos, especialmente a domicilio, en la cual la empatía en ocasiones se desfigura, y se torna una relación de confianza que incomoda. También sucede cuando el entorno familiar no acompaña el tratamiento, al desconsiderar los ejercicios indicados o desatender los pedidos de interconsulta o indicaciones dadas, por lo que el esfuerzo que se realiza en la atención del/la paciente nunca se ve reflejado en mejoras: “Con pacientes muy crónicos, la relación terapéutica se termina agotando y desfigurando con el tiempo, y eso trae complicaciones (...)” (María, 36 años, entrevista realizada el 22/07/2021). O bien: “Me molesta cuando no hay compromiso familiar con el tratamiento, (...) los padres depositan a los pacientes en la terapia, pero no hay respuesta al pedido de interconsulta, a solicitud de un equipamiento, etcétera” (Lara, 32 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

A su vez, privilegian el reconocimiento de posibles limitaciones personales como la manera que, en ocasiones, ha servido para aliviar el malestar y la frustración laboral: “Hablar con otros, compartir con otros son cosas que nos alivian, y me han ayudado a sentirme mejor, siempre” (Mariana, 25 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

## Conclusión

Un primer hallazgo para destacar es que el 27,7% de la muestra presentó valores compatibles con Síndrome de *burnout*. Según las recomendaciones de Maslach, se consideró potencial caso de *burnout* cuando se presentaba alto AE, alta DP y baja RP. Asimismo, los criterios para delimitar esos valores se basaron en los puntos de corte de Neira (2004) para profesionales de la salud en contexto local: respectivamente,  $\geq 22$  puntos para alto AE,  $\geq 5$  puntos para alta DP e  $\leq 35$  puntos para baja RP.

La prevalencia de *burnout* aquí observada se ubica en una posición intermedia en comparación con otros estudios de prevalencia en profesionales de la salud argentinos/as que han utilizado el mismo criterio y procedimientos para la determinación de *burnout*. En ese sentido, los valores hallados por Neira (2004) corresponden a 14,6% de Síndrome de *burnout* en médicos/as argentinos/as de distintas especialidades, y el de Gil-Monte y Marucco (2008) corresponde a 37,4% en pediatras de hospitales generales del Gran Buenos Aires. Por su parte, un estudio italiano reciente halló 15,7% de prevalencia de *burnout* en kinesiólogos/as, aunque la comparabilidad con nuestro estudio se dificulta en el hecho de que los puntos de corte para la determinación de casos de *burnout* siguieron un procedimiento distinto, recurriendo al cálculo de los tertiles para las tres dimensiones, AE, DP y RP (Bruschini, Carli y Burla, 2018).

Más allá de las semejanzas o divergencias con otros estudios, consideramos que 27,7% es un porcentaje relevante tanto para *burnout* como para cualquier problemática de salud. A modo de hipótesis, sostenemos que estos porcentajes podrían explicarse, en parte, por tratarse de kinesiólogos/as dedicados/as a la neurorrehabilitación, campo que expone al/la

profesional de la kinesiología a patologías complejas, en numerosas ocasiones de lenta o nula recuperación, y al sufrimiento psicológico de los/as propios/as pacientes y de su entorno social. En esta línea, Bruschini, Carli y Burla (2018) consideran que el trabajo en áreas de rehabilitación es un factor de vulnerabilidad y agotamiento a razón del contacto diario con el dolor físico, psicológico y con la discapacidad. Futuros estudios podrían trazar comparaciones de estrés laboral y *burnout* en las distintas áreas profesionales de la kinesiología (neurorrehabilitación, cardiorrespiratoria, traumatología, deportología, entre otras).

Un segmento importante de la muestra (75%) presentó alto AE atribuible a la profesión y el 55% evidencia conductas de cinismo y distancia ante los pacientes (DP). No obstante, a pesar de esos indicadores preocupantes, más de la mitad de la muestra manifestó alta RP. Es decir, los/as profesionales se sienten a gusto con su profesión y le confieren suficiente utilidad y sentido, aspecto este último que, estimamos, ayudaría a compensar y contrarrestar el cansancio emocional, y evitaría un porcentaje aún mayor de *burnout*.

En línea con los datos recopilados en las entrevistas, la atención kinésica a domicilio correlacionó en forma positiva con el AE. Algunas explicaciones posibles de esta relación se asientan en lo desgastante que puede tornarse para el/la profesional tener que sostener el encuadre en el hogar del/la paciente, donde se imponen otras dinámicas diferentes a las del consultorio. También deben tenerse en cuenta los cambios que va adquiriendo la relación terapéutica cuando se trabaja con pacientes crónicos, donde la empatía se desfigura, y da lugar a una relación de confianza que incomoda a los/as profesionales y les demanda realizar actividades que no son de su incumbencia profesional.

Otro importante resultado consistió en que el AE fue significativamente

mayor en kinesiólogos/as cuyo principal ámbito de trabajo era el sector privado. Entre los datos relevados en las entrevistas, asumimos que el mayor agotamiento en este ámbito obedece a la precarización laboral que sufren muchos/as kinesiólogos/as y a la enorme labor que les representa la elaboración de informes, reuniones, y demás cuestiones administrativas que no son remuneradas. Esto resulta especialmente visible en aquellos/as profesionales que presentan más de diez años de trayectoria profesional, dado que estas situaciones adversas se sostienen en el tiempo. Por el contrario, el sistema de salud pública –aun si se trabaja de manera autónoma– mejora las condiciones laborales, porque el total de las actividades se realizan dentro de la jornada de trabajo. El resto de las variables demográficas y laborales (edad, género, antigüedad profesional, horas de trabajo en consultorio y horas de trabajo en general) en los datos estadísticos no se asociaron con el AE, la DP y la RP.

Este trabajo no está exento de limitaciones. El tamaño de la muestra es pequeño y se ha obtenido por un método no probabilístico, aspectos que comprometen la generalización de los resultados.

Para finalizar, a partir de los datos exploratorios, sugerimos como acción fundamental destinar mayores esfuerzos a la implementación de políticas de cuidado que aboguen por la salud mental de los/as colegiados/as, en especial de mecanismos que permitan auditar y mejorar las condiciones laborales en el sector privado.

## Bibliografía

Bruschini, M.; Carli, A. y Burla, F. (2018). Burnout and Work-Related Stress in Italian Rehabilitation Professionals: A Comparison of Physiotherapists, Speech Therapists and Occupational Therapists. *Work*, 59(1), 121-129. <https://doi.org/10.3233/WOR-172657>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.

Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev. Saúde Pública*, 42(3). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300009>

Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-Induced Immune Dysfunction: Implications for Health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251. <https://doi.org/10.1038/nri1571>

Grau, A.; Flichtentrei, D.; Suñer, R.; Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista española de salud pública*, 83(2), 215-230. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000200006>

Kelman, M. (2013). Neurociencia, Psicoanálisis. *Actualidades en Psicología*, 27(114), 39-54.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Maslach, C.; Jackson, S. y Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Neira, C. (2004). *Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Gambacop.

Pustułka-Piwnik, U.; Ryn, Z. J.; Krzywoszański, Ł. y Stożek, J. (2014). Burnout Syndrome in Physical Therapists - Demographic and Organizational Factors. *Medycyna pracy*, 65(4), 453-462. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00038>

Saborío-Morales, L. e Hidalgo-Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica*, 32, 1.

Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(32).

Yaribeygi, H.; Panahi, Y.; Sahraei, H.; Johnston, T. P. y Sahebkar, A. (2017). El impacto del estrés en la función corporal: una revisión. *Diario EXCLI*, 16, 1057-1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>

# ***Normas de estilo y directrices para autores/as***

---

La revista Salud, Educación y Sociedad recibirá manuscritos en las siguientes secciones: Artículos, Reseñas, Política y Gestión y Cartas. Para todas las secciones se aceptarán únicamente trabajos originales e inéditos redactados en lengua castellana (no se aceptarán trabajos presentados en otros idiomas). Estos trabajos no deberán estar en vías de evaluación en otra publicación, ni tampoco podrán ser enviados a otras revistas hasta tanto los/as evaluadores/as no se pronuncien –favorablemente o no– en relación con la aceptación del material. Los envíos deben respetar los formatos establecidos, y no se recibirán trabajos que no se adecúen a las normativas expresadas en esta guía. Se presentarán con interlineado 1,5, con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, márgenes de 3 cm y con el texto justificado, en hoja ISO A4, en formato .doc o .docx (Microsoft Word).

## **Sección “Artículos” y “Reseñas”**

Los trabajos deberán seguir el siguiente orden para su encabezado: título del trabajo –en castellano y en inglés–, nombre/s y apellido/s de autor/es y autor/as, título de grado, último título de posgrado, cargo actual e institución y correo electrónico de cada autor y/o autora. A continuación, deberán consignar un resumen (estructurado: I-O-M-R-C<sup>1</sup>) y palabras clave en castellano e inglés (ver condiciones de envío más abajo). Deberán tener una extensión máxima de 2500 palabras.

## **Sección “Cartas”**

Para ambas secciones los documentos deberán ser preparados según las indicaciones de formato que se indican más arriba. Al igual que los Artículos y Reseñas, se consignarán los nombre/s y apellido/s de autor/es y autora/s, título de grado, último título de posgrado, cargo actual e institución y correo electrónico de cada autor y/o autora. No deberán incluir resumen ni palabras clave. Ambas secciones ajustarán la bibliografía citada según lo estipulado en el punto Referencias Bibliográficas (ver abajo). El material deberá enviarse acompañado de la Declaración de aspectos éticos y conflicto de intereses, y de Originalidad y derechos de reproducción.

## **Sección “Política y Gestión”**

Se recibirán artículos que sean trabajos analíticos, críticos o propositivos originales e inéditos sobre las bases, fundamentos y propósitos del campo de la salud. Estos trabajos comprenderán las dimensiones de Gobierno y la Gestión en las organizaciones de salud. La extensión máxima será de hasta 5.000 palabras. No deben haber sido publicados en otra revista, remitidos simultáneamente a otra publicación y tampoco podrán encontrarse en proceso de evaluación en otra publicación al momento de ser presentados.

<sup>1</sup> Introducción-Objetivos-Metodología-Resultados-Conclusión.

## *Aspectos generales*

### **Autoría**

Las personas designadas como autores/as deben poder asumir públicamente la responsabilidad por su contenido, por lo tanto, la calificación como autor debe suponer: 1) una contribución sustancial en la concepción y/o diseño, la adquisición, análisis y/o interpretación de los datos; 2) la redacción o revisión crítica del artículo; 3) la aprobación de la versión final que será publicada.

Todos los colaboradores que no cumplan con los criterios de autoría deberán aparecer en el apartado Agradecimientos.

### **Resumen**

Los artículos deberán incluir un resumen en castellano, con su correspondiente traducción al inglés. Este resumen sintetizará de forma clara los objetivos, la metodología, los resultados más relevantes y las principales conclusiones. Deberá ser estructurado en apartados, con un máximo de 12 líneas o 300 palabras. Cuando un artículo es ingresado a los servicios de indización en línea, el resumen es separado del cuerpo del texto, por lo que no deberá contener citas, llamadas o notas al pie.

### **Palabras clave**

Para una correcta indización de los artículos en las bases de datos en línea, se deben incluir de tres a cinco términos en español e inglés que sintetizen el contenido del trabajo, los que deberán ser seleccionados del índice de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) coordinado por BIREME.

### **Ilustraciones**

Se aceptará hasta un máximo de cuatro tablas, cuadros o figuras. Los mapas, los gráficos, las fotografías y los documentos escaneados llevarán la denominación común de figuras. En todos los casos deberán ser mencionados en el texto. Se presentarán en hojas aparte, y se indicará de qué figura se trata. Incluirán:

Numeración arábica (tablas, cuadros y figuras numeradas correlativamente en series independientes).

Título descriptivo que especifique el alcance geográfico y temporal de los datos presentados.

En todos los casos se hará mención a la fuente.

### **Aclaraciones sobre la fuente**

Si la tabla, el cuadro y/o la figura incluidos en el trabajo no fueron publicados previamente y los datos no fueron tomados de ninguna fuente externa, se indicará "Elaboración propia".

Si se reproduce una ilustración tal como fue publicada, debe mencio-

narse la fuente original y contar con la autorización del propietario de los derechos autorales para reproducir el material. El permiso es necesario excepto en el caso de documentos de dominio público o publicados bajo licencias que permitan su reproducción (Licencias Creative Commons).

### **Resolución de las imágenes:**

Los autores deberán enviar las imágenes según los siguientes requerimientos solicitados por la revista para su correcta reproducción:

Gráficos: para gráficos realizados en Excel, se deberá enviar el archivo original (sin exportar).

Imágenes digitales: deberán ser enviadas en formato JPEG de máxima calidad, con una resolución mínima de 300 dpi.

### **Lenguaje no sexista:**

La revista adoptará una política editorial que abogue por el uso del lenguaje no sexista. En este sentido, las colaboraciones deberán adecuarse al uso de las formas os/as para referirse a aquellas formas que, de otro modo, quedarían englobadas bajo el género masculino. Por ejemplo: los/as habitantes; los/as maestros/as.

### **Agradecimientos**

Todos/as los/as colaboradores/as que no cumplan con los criterios de autoría mencionados (ver más arriba) deberán ser incluidos en el apar-

tado Agradecimientos. Se incluirán además las ayudas económicas y materiales. Para ello, se indicará el nombre de la/s entidad/es otorgante/s como así también el nombre y número o código del proyecto.

### **Conflicto de intereses**

La mención de conflicto de intereses no implica el rechazo del artículo. Cualquier conflicto de interés real o potencial, cualquier compromiso por parte del o los autores con las fuentes de financiamiento o cualquier tipo de vínculo o rivalidad que pueda ser entendido como un conflicto de intereses, debe ser explicitado. La no existencia de conflicto también debe ser declarada. En el caso que los autores o los editores lo consideren conveniente, se publicará esta información en el apartado correspondiente.

### **Investigaciones con seres humanos**

La publicación de artículos que contengan resultados de investigaciones sobre seres humanos deberán constar en un párrafo en la metodología que especifique la obtención del consentimiento informado de los participantes en el reporte de investigación y la aprobación del protocolo de investigación por parte del Comité de Ética correspondiente.



## Referencias bibliográficas

### Citas en el texto

Las referencias serán citadas en el texto entre paréntesis según el siguiente formato: (apellido, año: número de página). Para las paráfrasis y referencias a conceptos, nociones o categorías más generales, se utilizará el formato (Autor, año). Cuando se citen varias páginas de una referencia, se consignarán de la siguiente manera: si las páginas son consecutivas se utilizará guion (Foucault, 1976: 14-17), mientras que para las páginas no consecutivas se utilizará punto y coma (Foucault, 1976: 14; 30). Debe tenerse en cuenta que si el nombre del/la autor/a se encuentra mencionado inmediatamente antes no debe repetirse (ver ejemplos infra).

Para las citas con más de hasta tres autores/as deben incluirse todos los nombres. En cambio, para las citas con más de tres autores/as se consignará solo el primer nombre seguido de *et al.*, aunque en la bibliografía final deban consignarse todos los nombres (ver ejemplos infra). De este modo, por ejemplo:

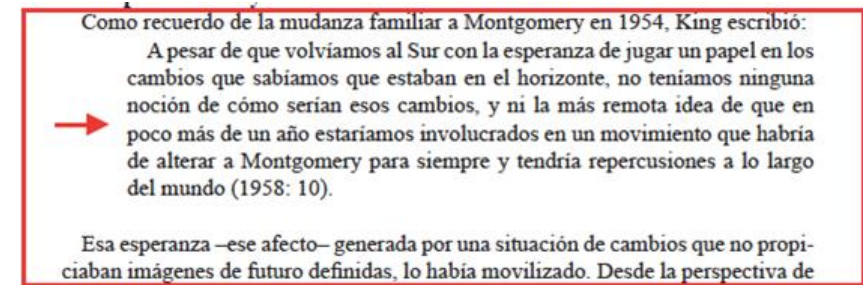
**Hasta tres autores/as:** Kaipl y Ríscolo (2020) / Hernández, Fili y Vega Mayor (2019).

**Tres autores/as o más:** Mussetta *et al.* (2019).

**Cita directa:** “Estos ‘observatorios’ tienen un modelo casi ideal: el campamento militar” (Foucault, 1976: 176).

Nótese que, en caso de que la cita contenga palabras entrecomilladas, las comillas deben ser simples.

Las citas extensas que superen las 40 palabras deben colocarse fuera del cuerpo del texto, sin entrecomillar, y la referencia debe incluirse al final de la cita. El punto final debe colocarse luego de la referencia. En este caso, si la cita original incluyera comillas, deben mantenerse las comillas dobles. El formato deberá respetar una sangría izquierda de 1 cm y dejar una línea en blanco al concluir:



Ejemplo tomado de Gatto, E. (2020). “Tenemos que inventar, tenemos que hacer descubrimientos”. *El futuro en el pensamiento de Martin Luther King Jr. Temas y Debates*, 24(40), 61-86.

**Paráfrasis o alusión a ideas generales de un texto:** Como sostiene Foucault (1976), el modelo casi ideal...

En caso de que se omita parte de una cita, deberán utilizarse tres puntos entre corchetes [...] para señalar la omisión. A su vez, si hubiese

agregados a la cita, del tipo aclarativo, correctivo u otros, se añadirán entre corchetes.

Si se citasen dos obras o más del/la mismo/a autor/a editadas en el mismo año, deben distinguirse mediante el uso de una letra para cada una (Pérez, 2020a; Pérez, 2020b). Del mismo modo se consignarán en la bibliografía final.

### Listado de Referencias Bibliográficas

Las referencias bibliográficas se consignarán en orden alfabético según el apellido del/la primer/a autor/a del texto citado. Se presentarán en un listado estandarizado que contenga todos los documentos citados en el texto, independientemente del soporte en que se encuentren. A continuación, se muestran ejemplos para cada caso.

## Artículos

### Artículos científicos:

Apellido, N. (Año de edición). Título del artículo. *Título de la publicación*, Volumen(Número), p. de inicio-p. de fin. URL

Viera, I. A. (2020). Recurrencia de infecciones de COVID-19. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas*. Universidad Nacional De Rosario, 1, 79–85. <https://fcmcientifica.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/23>

Zavala Arciniega, L.; Barrientos Gutiérrez, I.; Arillo Santillán, E.; Gallegos Carrillo, K; Rodríguez Bolaños, R. y Thrasher, J. F. (2021). Profile and Patterns of Dual Use of E-Cigarettes and Combustible Cigarettes Among Mexican Adults. *Salud pública de México*, 63(5), 641-652. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12365/12138>

### Artículos periodísticos:

#### Con autor/a:

Apellido, N. (Fecha de publicación completa). Título del artículo. *Nombre del periódico o diario*. URL

Mazzola, R. (31 de octubre de 2021). Desigualdad, covid y crisis social. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/377624-desigualdad-covid-y-crisis-social>

#### Sin autor/a:

Título del artículo (Fecha de publicación completa). *Nombre del periódico o diario*. URL

Advierten que muchas aves modifican su cuerpo para adaptarse al cambio climático (01 de noviembre de 2021). *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/378656-advierten-que-muchas-aves-modifican-su-cuerpo-para-adaptarse>

## Libros

### Libro completo:

Apellido, N. (Año de edición). *Título del libro*. Ciudad de edición: Editorial.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

### Obra colectiva completa:

Apellido, N. (coord./comp./ed.) (Año de edición). *Título del libro*. Ciudad de edición: Editorial.

Fajardo Dolci, G. (coord.) (2018). *Ritmo y rumbo de la salud en México. Conversaciones con los Secretarios de Salud 1982-2018*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

### Obra de autor corporativo:

Nombre de la institución (Acrónimo). (Año de edición). *Título de la obra*. URL

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2019). *Informe de Gestión 2019*. [https://www.icbf.gov.co/sites/default/informe\\_de\\_gestion\\_2019\\_icbf.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/informe_de_gestion_2019_icbf.pdf)

### Capítulo de libro:

Apellido, N. (Año de edición). Título del capítulo. En N. Apellido (coord./comp./ed.) *Título del libro* (p. de inicio-p. de fin). Ciudad de edición: Editorial.

Camps, V. (1993). El derecho a la diferencia. En L. Olivé (comp.) *Ética y diversidad cultural* (pp.71-84). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

### Ponencias o participaciones en congresos, simposios, talleres, jornadas, conferencias:

Apellido, N. (Fecha completa del evento). Título de la ponencia, conferencia, discurso. *Nombre del evento*. Institución organizadora. Ciudad de realización, país.

Abelaira, P. y Arleo, S. (22, 23 y 24 de agosto de 2019). La articulación interdisciplinaria como brújula para las buenas prácticas en salud mental. *I Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria*. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina.

### Bases de datos:

Entidad o Institución (Acrónimo). (Año). Título del informe. URL

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2011). Prevalencia de vida, del último año y del último mes de consumo de fármacos por sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y región. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/e030223.xls>

#### **Publicaciones en redes sociales (Facebook, Twitter, entre otras):**

Nombre de persona, grupo, entidad [usuario]. (Fecha completa). *Primeras veinte palabras de la publicación*. Nombre de la red social. URL

Diputados Argentina [@DiputadosAR]. (27 de octubre de 2021). *Con 198 votos afirmativos, 0 votos negativos y 0 abstenciones, se aprobó el proyecto de Alivio fiscal para fortalecer la*. Twitter. <https://twitter.com/DiputadosAR/status/1453310423206350848>

#### **Video de YouTube:**

Nombre del autor o del canal [Nombre de usuario/a en YouTube] (Fecha de publicación). Título del video. YouTube. URL

Universidad del Gran Rosario [Universidad del Gran Rosario] (25 de junio de 2021). Introducción al programa de cannabis en Argentina. [https://youtu.be/PVvf\\_XgUkVY](https://youtu.be/PVvf_XgUkVY)

#### **Envío de manuscritos**

Los/as autores/as podrán enviar sus contribuciones a través del sistema en línea. Para hacerlo, es necesario registrarse e identificarse para poder enviar artículos online y para comprobar el estado de los envíos.

Asimismo, es posible enviar un trabajo mediante correo electrónico. Para ello, se debe cumplir con los requisitos que se especifican a continuación: Se deben enviar dos archivos diferentes. Uno de ellos debe contener el título, el resumen –en castellano e inglés–, las palabras clave y el cuerpo del texto. El otro debe consignar el título del manuscrito, nombre, apellido, dirección de e-mail y filiación institucional de cada autor/a.

Ambos archivos deben enviarse a la siguiente dirección de correo electrónico: [revistaseys@ugr.edu.ar](mailto:revistaseys@ugr.edu.ar)

*Corrientes 1254, Rosario (2000)*

*Santa Fe, Argentina*

*341 - 4838100*

*revistaseys@ugr.edu.ar*



**UGR**

Universidad del  
Gran Rosario