



# EN SALUD

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO  
DE SALUD PÚBLICA DE TUCUMÁN

INVESTIGACIÓN

▼ pág. 10

REGISTRO AFECTIVO COMO ESTRATEGIA  
DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y  
COMUNICACIÓN HOSPITALARIA EN LA  
PANDEMIA DE COVID-19

▼ pág. 15

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN FORMATO  
360 EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DEL  
HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN  
TUCUMÁN – ARGENTINA

▼ pág. 22

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES  
ADULTOS MAYORES.  
CIC LA LOMA (JUJUY)

▼ pág. 30

POLIOMIELITIS Y SÍNDROME  
POSPOLIOMIELÍTICO EN ARGENTINA

▼ pág. 41

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE GRADO  
FM – UNT



## TELEPSICODIAGNÓSTICO

*Una nueva modalidad de atención*



# GOBIERNO DE TUCUMÁN

## **Gobernador de la provincia de Tucumán**

*CPN Osvaldo Jaldo*

## **Ministro de Salud Pública**

*Prof. Dr. Luis Medina Ruiz*

## **Secretario Ejecutivo Médico**

*Dr. Daniel Amado*

## **Secretario Ejecutivo Administrativo Contable**

*Lic. Fabio Andina*

## **Subsecretarías de Estado**

*Dra. Cristina Majul*

*Dra. Eliana Molina*

*Dr. Marcelo Montoya*

## **Directora de Gestión Sanitaria**

*Dra. Dive Mohamed*

## **Dirección de Investigación en Salud**

*Directora: Prof. Dra. Cristina Bazán de Casella*

*Prof. Mg. Margarita Abraham*

*Prof. Ing. Nancy C. Amicone*

*MSc. Mg. Guillermo Barrenechea*

*Lic. Eugenia Silvana Ortega*

*Prof. Mg. Silvana Torres*

## STAFF EDITORIAL

### Editor Propietario

Ministerio de Salud Pública  
Gobierno de Tucumán

### Ministro de Salud

Dr. Luis Medina Ruiz

### Director General

Dr. Luis Medina Ruiz

### Dirección Científica

Prof. Dra. Cristina Bazán de Casella

### Comité Editorial

Prof. Dr. Luis Medina Ruiz  
Prof. Mg. Margarita Abraham  
MSc. Mg. Guillermo Barrenechea  
Lic. María Elisa Bruno  
MSc. Mg. Romina Cuezco  
Lic. Eugenia Silvana Ortega  
Prof. Ing. Luis Rocha  
MSc. Mg. Elena Sarrouf

### Coordinación Editorial

Prof. Ing. Nancy C. Amicone

### Comité Científico

Prof. Dra. Cristina Bazán de Casella  
MSc. Mg. Rogelio Calli Flores  
Prof. Dra. Paula Carreras  
Prof. Dr. Daniel Cohen Imach  
Prof. Dr. Bartolomé Llobeta  
Prof. Mg. Selva Luna  
Prof. Dr. Rodrigo Marañón  
Prof. Dr. Federico Pelli Noble  
Prof. Dr. Pedro Rotger  
Prof. Dr. Walter Sigler  
Prof. Bioq. Mónica Tua  
Prof. Bioq. Patricia Vargas

### Comunicación, Diseño y Diagramación

Dirección de Prensa y Comunicación  
Institucional  
Sr. Héctor Fabián Fernández (Jefe del  
Departamento Comunicaciones)  
Lic. Alejandro Nadra (Diseñador)

# SUMARIO

**Editorial** ..... 4

## Artículos originales

- 1- Telepsicodiagnóstico: Una nueva modalidad de atención ..... 5
- 2- Registro Afectivo como estrategia de humanización de la atención y comunicación hospitalaria en la pandemia de COVID-19 ..... 10
- 3- Evaluación de Desempeño en Formato 360 en el Servicio de Laboratorio del Hospital Regional Concepción – Tucumán – Argentina ..... 15
- 4- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en los Pacientes Adultos Mayores. CIC. La Loma (Jujuy) ..... 22
- 5- Poliomielitis y Síndrome Pospoliomielítico en Argentina ..... 30

## Artículos especiales

- 1- COROC: Una Propuesta para el Análisis de la Investigación para Tesis ..... 37

## Producción Científica de Grado – Facultad de Medicina – UNT

**Coordinación:** Prof. Julio Torres, Facultad de Medicina – UNT; Prof. Roxana Toledo, Facultad de Medicina – UNT; Yolanda Brepe, Directora de la Red de Servicios del SIPROSA.

- 1- Percepciones y metáforas regionales de pacientes con dolor crónico de una población rural ..... 41

**Instrucciones para Autores** ..... 46

# EDITORIAL

**L**a virtualidad en Ciencias de la Salud permite de ser utilizada como un recurso para mejorar la calidad de atención de los pacientes.

*El Ministerio de Salud de Tucumán, a cargo del Dr. Luis Medina Ruiz, organizó el Hospital Virtual como una estructura hospitalaria con todos los servicios. De esta forma todas las áreas pueden brindar una igual calidad de atención sin importar el lugar de consulta del paciente.*

*En el área de Salud Mental, en la pandemia de COVID-19, se desarrollaron nuevos modos de entrevistas no presenciales que llevaron a replantear modalidades para el psicodiagnóstico, identificando las técnicas aplicables en forma remota a fin de elaborar el Certificado de Discapacidad.*

*Dicha experiencia utilizó técnicas que permitieron recoger la información necesaria para responder al trámite del Certificado de Discapacidad. El tiempo de aplicación de las técnicas de 30 minutos por entrevista y la practicidad de las mismas, introdujo una nueva modalidad de prestación en la atención virtual en el área de salud mental a las ya brindadas, permitiendo agilizar este proceso.*

*La virtualidad es una innovación en el campo de la medicina digital que proporciona atención a los pacientes de forma inmediata y personalizada, sin la necesidad de listas de espera o desplazamientos físicos, lo que optimiza la atención de baja, mediana y alta complejidad por medio de la consulta virtual.*

**Prof. Dra. Cristina Bazán de Casella**  
Directora  
Dirección de Investigación en Salud

**Dr. Luis Medina Ruiz**  
Ministro  
Ministerio de Salud de Tucumán

## TELEPSICODIAGNÓSTICO: UNA NUEVA MODALIDAD DE ATENCIÓN

### TELEPSYCHODIAGNOSIS: A new modality of psychological care

Autora: Gisela Anabela Calvi

Institución: Departamento de Telemedicina. Sistema Provincial de Salud

Mail: gicalvi.tuc@gmail.com

#### RESUMEN.

En virtud de la pandemia mundial por COVID-19, en el área de salud mental los nuevos modos de entrevistas no presenciales se extendieron e instalaron, lo que llevó a replantear abordajes y modalidades de efectuar el proceso psicodiagnóstico, debiendo ajustarlo a esas nuevas modalidades de encuentro.

El objetivo de la experiencia fue identificar las técnicas aplicables en forma remota, con el fin de conservar la confiabilidad y validez de las técnicas que se utilizan, determinar el tiempo de aplicación de las técnicas y el proceso de cruzamiento de datos para la elaboración del informe final, a fin de elaborar el trámite de certificado de discapacidad.

Dicha experiencia se aplicó en 25 pacientes adultos a quienes se aplicó en forma individual y virtual la Entrevista Semidirigida, el Cuestionario Desiderativo y las Frases Incompletas de Sacks, cada una de estas técnicas, en un encuentro por separado y en la última entrevista se realizó la devolución oral y escrita del informe final elaborado a partir de las técnicas aplicadas.

Los resultados mostraron una gran utilidad para recoger la información necesaria para responder al trámite de certificado de discapacidad, como también el evaluar estructura para diagnóstico diferencial. El tiempo de aplicación de las técnicas en promedio fue de 30 min por entrevista. Logrando sumar una nueva modalidad de prestación en la atención virtual en el área de salud mental a las ya brindadas.

#### SUMMARY.

Due to the global Covid-19 pandemic, in the field of mental health, new modes of non-face-to-face interviews have been widely adopted and implemented. This led to a reevaluation of approaches and methods for conducting the psychodiagnostic process, requiring adjustments to accommodate these new forms of interaction.

The objective of this research was to identify applicable techniques for remote application in order to maintain the reliability and validity of the employed techniques. Additionally, the study aimed to determine the time required for applying these techniques and the process of data cross-referencing for the development of the final report, with the purpose of facilitating the procedure for disability certification.

The sample consisted of 25 adult patients who individually and virtually underwent the Semi-Structured Interview, the Desiderative Questionnaire, and Sacks' Incomplete Sentences technique. Each of these techniques was applied separately in different sessions, and in the final interview, the oral and written feedback of the final report, based on the the applied techniques, was provided.

The results obtained demonstrated the usefulness of these techniques in gathering the necessary information to support the disability certification process and also in evaluating the diagnostic structure for differential diagnosis. The average time for applying the techniques was 30 minutes per interview. This study successfully added a new modality of service provision in virtual mental health care to the existing ones.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Virtual, Psicodiagnóstico Virtual, Técnicas Verbales

**KEY WORDS:** Virtual Care, Virtual Psychodiagnosis, Verbal Techniques

#### INTRODUCCIÓN

La atención remota en la provincia de Tucumán surgió como posibilidad de continuar brindando respuesta de atención a pacientes durante la pandemia, la misma se continúa sosteniendo en el tiempo y la demanda sigue siendo significativa. La evaluación psicodiagnóstica es un área en que no se había podido dar respuesta desde la teleasistencia en el ámbito de asistencia estatal (área clínica), en lo que respecta a la evaluación de estructura y determinación de diagnósticos para Certificados Único de Discapacidad (CUD), que es lo que más se consulta en los hospitales estatales.

En el sistema estatal existe una alta demanda de pacientes para realizar el trámite de pensión, certificado de discapacidad y los profesionales deben poder realizar un diagnóstico diferencial, lo que implica varias entrevistas con el paciente, mucho tiempo y mucho gasto, por lo cual era

necesario arbitrar los medios para lograr una respuesta desde la modalidad virtual y descentralizar la atención de los hospitales con atención en salud mental.

En la presente experiencia se desea probar una variedad de test aplicables desde la modalidad virtual, con el fin de dar respuesta a esa demanda por parte del usuario del servicio de atención estatal y lograr conocer la factibilidad de la aplicación de la batería del test en el sistema estatal, como en los nodos de atención virtual que se encuentran funcionando, teniendo en cuenta, el bajo costo de implementación, además, el poco tiempo de aplicación de cada técnica, como el proceso de cruzamiento de datos para la elaboración del informe final. La atención con esta modalidad debiera de ser la ideal para ser implementada en todo el ámbito del sistema de salud de la provincia.

En la provincia de Tucumán, en el Hospital Virtual, para elaborar el informe de psicodiagnóstico, que solicitan para el trámite de Certificado de Discapacidad, como así el diagnóstico diferencial solicitado por interconsulta de profesional, los test que se aplican, ¿conservan la confiabilidad y validez al aplicarlo a través de la modalidad virtual? ¿cuánto tiempo implica la aplicación del cada uno de los test?

Los resultados se dieron a conocer en el SIPROSA, al director del hospital virtual y a los efectores de atención virtual de la provincia de Tucumán, como a los departamentos y servicios de salud mental, referentes en la misma provincia, con el fin de lograr dar a conocer la nueva modalidad de evaluación para realizar los trámites para los usuarios de los diferentes servicios, como una nueva posibilidad de lograrlos.

Se sabe que el paciente que accede a la atención virtual no siempre tiene los medios tecnológicos adecuados, por lo que, para lograr una aplicación de técnicas no debería necesitar mucha tecnología, mucho menos costosa.

Además, el paciente que inicia el proceso de evaluación por solicitud de diagnóstico diferencial (por solicitud médica), como aquel que lo realiza para concretar su trámite de discapacidad, no accede de forma voluntaria a la evaluación, es un requisito que debe cumplir para lograr un fin, que es la necesidad consciente de responder a un pedido médico (diagnóstico diferencial) o tramitar un beneficio (CUD) lo que genera siempre una buena transferencia, a diferencia del espacio terapéutico, donde no siempre es consciente esa necesidad por parte del paciente.

Entre los objetivos que se plantearon en la experiencia fueron:

- Identificar la batería de test aplicables en forma remota que no altere y conserve la confiabilidad y validez de las técnicas que se utilizan y
- Determinar el tiempo de aplicación de las técnicas, y el proceso de cruzamiento de datos para la elaboración del informe final.

Las técnicas seleccionadas, fueron estratégicamente planificadas, respetando su fundamentación teórica y de aplicación.

Si bien no se conocen antecedentes de su uso combinado, en una batería de test para evaluación virtual, si hubo usos aislados de las mismas en nuestro país, en Córdoba, en el área forense, los mismos fueron para analizar características puntuales de la estructura de sujetos en estudios de investigación.

Además, es importante destacar que el paciente que solicita la evaluación, la mayoría de las veces asiste con el familiar o curador al turno de la misma, cuando es presencial.

En el caso de la evaluación virtual, no fue diferente, ya que el familiar o curador, era el que atendía la llamada o se encontraba sentado a la par del paciente a los fines de explicar o acompañar al paciente, más aún cuando el paciente no era lo suficientemente autónomo para realizar este trámite. Por lo mismo se procedía no solo a informar sobre la evaluación al paciente sino además al curador, a quien se le establecía que las entrevistas siguientes era el paciente quien debía encontrarse solo, en un ambiente sin distracciones, en lo posible tener cierta intimidad, y brindar por sí mismo las respuestas.

La entrevista de devolución y la redacción del informe constituyen el cierre del proceso psicodiagnóstico y, por lo tanto, la transmisión oral y/o escrita de los resultados del mismo. La escritura es una tarea personal y de síntesis. Se requiere para ello entender a fondo el caso y captar todo el material recogido. Redactar un buen informe, supone haber realizado una buena evaluación psicológica. (Cattáneo 2005).

### 1. Entrevista Semidirigida

Es un instrumento fundamental del método clínico y es una técnica de investigación científica de la psicología.

La entrevista es un instrumento muy difundido, puede tener en sus múltiples usos una gran variedad de objetivos.

No consiste en aplicar consignas sino en investigar en la personalidad del entrevistado a la vez que en nuestras teorías y nuestros propios instrumentos del trabajo.

Se tiene una serie de temas y preguntas orientadas, en relación a aquello que se necesita saber, a diferencia de la cerrada, que se respeta una a una las preguntas estipuladas, en este caso el temario es solo orientativo.

El entrevistador tiene que atenerse a los temas previstos, pero puede ir formulando preguntas en función de la respuesta del entrevistado. De esta manera, el flujo conversacional es mejor y la entrevista se torna más dinámica.

#### Ventajas

- La flexibilidad que aporta este tipo de entrevistas resulta de gran utilidad para ajustar las preguntas al individuo, de esta manera, el encuentro se personaliza. Esto brinda buenos resultados debido a la mejora en la predisposición del entrevistado.
- Contemplan y sobrellevan mejor cualquier imprevisto que pueda surgir
- El tiempo de aplicación varía de 30 a 40 min
- El hecho de ser verbal nos permite el abordaje virtual de la misma

Cuando la información resulta insuficiente por parte del paciente, se busca una segunda entrevista a un familiar conviviente, que pueda dar cuenta de la información (curador/familiar)

### 2. Cuestionario Desiderativo

Consigna para la aplicación:

Catexias positivas

1+ Si Ud. No pudiera ser persona, ¿Qué es lo que más le gustaría ser? (se consigna el Tiempo de Reacción (TR) y se pregunta porque)

2+ Si Ud. No pudiera ser persona, ni (categoría a la que pertenezca la

respuesta dada en 1+, por ejemplo, animal), ¿Qué es lo que más le gustaría ser? (se consigna el TR y se pregunta porque)

3+ Si Ud. No pudiera ser persona, ni (categoría a la que pertenezca la respuesta dada en 1+, por ejemplo, animal), ni (categoría elegida en 2+, por ejemplo, vegetal), ¿Qué es lo que más le gustaría ser? (se consigna el TR y se pregunta porque)

Catexias negativas

1- Si Ud. No pudiera ser persona, ¿Qué es lo que menos le gustaría ser? (se consigna el TR y se pregunta porque)

2- Si Ud. No pudiera ser persona, ni (categoría a la que pertenezca la respuesta dada en 1-, por ejemplo, animal), ¿Qué es lo que menos le gustaría ser? (se consigna el TR y se pregunta porque)

3- Si Ud. No pudiera ser persona, ni (categoría a la que pertenezca la respuesta dada en 1-, por ejemplo, animal), ni (categoría elegida en 2-, por ejemplo, vegetal), ¿Qué es lo que menos le gustaría ser? (se consigna el TR y se pregunta porque)

\*TR: tiempo de reacción (desde que se termina de decir la consigna hasta que el sujeto emite respuesta)

### Ventajas

- Economía de tiempo, y que la información acerca de todos los aspectos de personalidad que hemos mencionado se obtiene en alrededor de 10 o 15 minutos, que es lapso que requiere la aplicación del CD
- La población a la que se lo puede aplicar. Observamos que, desde 5 años, hasta personas de 75/80 años pueden responder sin dificultad, solo se necesita lenguaje.
- Las características de la consigna hacen posible su aplicación a personas de diferentes culturas o grupos sociales, dada la simplicidad de las preguntas y la no incidencia de la cultura o el conocimiento
- Por ser un test de estímulo y producción verbal, puede incluso ser respondido por personas con discapacidades físicas tales como la ceguera o problemas motores, ya que las mismas no interfieren en la comprensión de la consigna y la formulación de la respuesta.
- Es aplicable en forma virtual
- A partir de los indicadores expresados en las catexias positivas, como las catexias negativas, propuestos para la interpretación de la técnica podremos llegar a las inferencias que nos permitan formular hipótesis sobre la estructura y dinámica del aparato psíquico. Si bien la técnica no ha sido formulada para arribar a un diagnóstico clínico estructural, de todos modos, a través de la integración de las inferencias realizadas a partir de la totalidad de los indicadores, podemos llegar a formular hipótesis acerca de su modalidad de funcionamiento (neurosis, psicosis, perversión). (cuadro de Anna Freud Perfil del Desarrollo Metapsicológico)
- Al ser administradas en segundo lugar, luego de haber esta-

blecido un buen rapport en la primera entrevista, se tiende a disminuir la posibilidad de bloqueos en el paciente, o los bloqueos que surjan pueden llegar a ser interpretados dentro del proceso de evaluación como indicadores.

### 3. Test de Frases Incompletas de Sacks (FIS)

El Test de Frases Incompletas de Joseph M. Sacks (FIS), aparece en 1948 y fue elaborado en colaboración con otros psicólogos del "Veterans Administration Mental Hygiene Service" de Nueva York. Idearon el test con el fin de obtener material clínico en 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y auto-concepto).

Es una prueba semiestructurada. Permite que pueda considerarse, tanto técnica proyectiva, o como técnica psicométrica.

Diseño del test:

- Área Familiar: Se incluyen 3 grupos actitudinales hacia madre, padre, familia, estos grupos están compuestos por 4 ítems en los cuales el sujeto revelara sus actitudes, frente a sus padres de manera individual y como un todo. Aun cuando exista cautela de parte del sujeto, este revelara material significante en al menos uno de los mismo.
- Área Sexual: Esta área se compone de 8 ítems. Se incluyen actitudes hacia las mujeres (hombres) y hacia las relaciones heterosexuales, a las mujeres (hombres) en lo social, hacia el matrimonio y a las relaciones sexuales como tal.
- Área de las relaciones interpersonales: Se compone de 16 ítems en donde se devela la actitud y sentimiento del sujeto hacia las personas fuera de casa, tales como amigos, compañeros, jefes y personas bajo su mando.
- Área de concepto de sí mismo: Se compone de ítems en relación a temores, culpa, metas y actitudes, hacia sus habilidades, pasado y futuro. Esta área brinda información sobre la actualidad, el cómo era, como espera ser y como piensa que en realidad llegara a ser el sujeto.

Consigna para la aplicación:

Se le pide al sujeto que lea las instrucciones: "A continuación hay 60 frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan aprisa como sea posible. En caso que no pueda completar una, la pasamos y retomamos al final."

Se la preparo a la consigna, con la finalidad de que el paciente virtual, entienda y pueda dar respuesta a lo solicitado desde la modalidad virtual: "A continuación, le voy a leer sesenta frases incompletas. Al escucharla debe completarla con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan aprisa como sea posible. En caso que no pueda completar una, la pasamos y retomamos al final."

### Ventajas

- La información acerca de todos los aspectos de personalidad que hemos mencionado se obtiene en alrededor de 20 minutos a 40 mi-

nutos, que es lapso que requiere la aplicación del FIS

- Si bien el test puede ser administrado en forma escrita, se le otorga al paciente la grilla con las frases a completar, también puede tener la modalidad donde las frases pueden ser leídas y respondidas en forma verbal, (a manera de entrevista) lo que permite ver las reacciones corporales, en conjunto con aspectos catárticos. (Es aplicable en forma virtual)
- Puede ser usado para complementar reportes de otros Test proyectivos por eso es la tercera técnica aplicada

El análisis de las pruebas se realizó aplicando los criterios de interpretación propuestos por cada autor. Para lograr el cotejo intraTests (la producción que el sujeto hace en cada técnica particular), como interTests (comparación de los indicadores comunes o divergentes que caracterizan las producciones en las diferentes técnicas, las hipótesis construidas a partir de los observables se van confirmando o rectificando en función de la evidencia aportada por la interrelación en las diferentes técnicas). El propósito fundamental del informe psicológico es el de aumentar el conocimiento que se tiene del paciente, los datos que se incluyan deben tener relación entre sí coherente. El informe tiene un sentido de continuidad e integración.

En la entrevista de devolución se establece la lectura del informe escrito, donde se trabaja con el paciente el mismo, se busca que el paciente comprenda lo que se escribe, a los fines de que ello no dispare interpretaciones erróneas que lo angustien innecesariamente.

El informe psicológico, comunica aquello que se evaluó y comprendió de una persona, en un momento dado. Por lo tanto, es una información importante, pero acotada y temporal, cuya validez dependerá de todo el procedimiento que se dispuso para llegar a su confección (Cattaneo 2005)

### Fortalezas del proceso psicodiagnóstico virtual

- Logra disminuir los costos para los pacientes que no necesitan trasladarse al lugar de evaluación (CAPS, hospitales de cabecera), además pacientes que por características del cuadro manifiestan fobia para salir de sus hogares, con dificultades motrices, etc. lo que se tornaría un obstáculo para la aplicación del mismo.
- No necesita inversión tecnológica, por parte del evaluador ni del entrevistado, ya que el recurso fundamental es la voz, habla. Se puede realizar no solo vía internet sino también desde línea común, ya que puede suceder que el paciente no cuente con conexión de internet
- Se logró aplicar la evaluación en pacientes que se encontraban transitando internación de su cuadro patológico, lo que ayudó a que no se le demore el tiempo de espera para concluir su trámite. No necesitaba salir de alta para sostener el espacio de evaluación.
- Se aplica en el ámbito público como privado ya que el tiempo de cada entrevista no excede los 30 minutos, tiempo razonable para el ámbito público, por la alta demanda.

- La interpretación de las técnicas no es compleja, lo que facilita al procesar la información y cruzar los indicadores de las diferentes técnicas aplicadas y lograr el informe integrando dicha información. Que al pensar en la alta demanda en las instituciones públicas y la urgencia del paciente para concluir su trámite facilita la entrega del informe final.

- Se estipula un promedio de 4 entrevistas (4 turnos por paciente), siendo programadas, una por semana.

- El proceso de evaluación psicodiagnóstica remota o virtual logra dar cuenta de la estructura del paciente y el diagnóstico (CIE-10) de la patología del mismo, necesaria para diagnóstico diferencial como la elaboración del informe psicológico para trámite de discapacidad.

### Debilidades del proceso psicodiagnóstico virtual

- No define claramente el CI (Coeficiente Intelectual). Pero si se llega a inferir a través de la autonomía y características del cuadro del paciente evaluado, si es normal o disminuido. Cuando surgen dudas del mismo se puede derivar al paciente para una evaluación puntual.

- Por dificultades en la conexión, puede obstaculizar el escuchar las consignas o las respuestas, si bien puede subsanarse en el proceso.

- Se consigna la necesidad de cierta privacidad del paciente evaluado, a veces puede no lograrse, por las realidades de espacio o las dificultades del paciente de usar el móvil.

- Las consignas verbales pueden no ser comprendidas, por no ser escuchadas con claridad o por problemas en la audición o por patologías donde el paciente se encuentra interceptado, o fallas en la atención o comprensión, para subsanar ello, y hacer un diagnóstico diferencial se puede derivar para evaluar en forma presencial o al especialista fonaudiológico.

- Falta del dispositivo móvil para la conexión con el paciente o teléfono fijo

### CONCLUSIÓN

En relación con lo investigado y propuesto en los objetivos Los mismos fueron logrados.

Los test que se aplicaron fueron seleccionados en función de las características de cada uno de ellos, buscando en su articulación y combinación potenciarlos. La entrevista en sí misma por su característica verbal, que ya fue usada en la modalidad virtual tanto para la atención, contención, seguimiento de pacientes durante el confinamiento decretado en pandemia por COVID-19, que se evaluó pertinente y eficaz. El cuestionario desiderativo en su característica verbal de aplicación, que fue usado en nuestro país para investigaciones de determinadas características de personalidad, en el área forense con modalidad virtual. Lo posicionaron como una herramienta valiosa ya que fue usado sin dificultades, ni alteraciones de confiabilidad y validez, en dichos estudios, con resultados positivos. El Test de las Frases Incompletas de Sack, menos conocido en nuestro país, pero si hubo usos del mismo, para investigaciones de eva-

luación sobre características puntuales de personalidad en nuestro país, en modalidad virtual. Lo hizo atractivo por la capacidad de describir a un sujeto, en varias áreas al mismo tiempo, con el potencial de completar y/o corroborar otros indicadores de otras pruebas. Fueron tres las técnicas que fueron seleccionadas porque son las que se podían aplicar, sin alterar su confiabilidad y validez, en forma virtual a pacientes de atención con modalidad de atención remota.

Se logró establecer con claridad las estructuras de los pacientes evaluados y realizar el diagnóstico a través de CIE-10, al aplicar Entrevista Semidirigida, Cuestionario Desiderativo, como las Frases Incompletas de Sacks, ya que estas técnicas al ser aplicadas a través de la modalidad virtual no perdieron ni confiabilidad, ni validez, y pudieron ser aplicadas en 30 minutos (tiempo promedio) cada una de ellas. Además, es destacable que el cruzamiento de los datos y la interpretación de las técnicas no es complejo, lo cual permite dar respuesta a la gran demanda dentro del sistema público en un corto promedio de tiempo.

El proceso psicodiagnóstico virtual también permite pesquisar las simulaciones o la necesidad de dar respuestas “esperadas por el evaluador” de estructuras manipuladoras / perversas, al contrastar las diferentes repuestas brindadas en las diferentes entrevistas pautadas.

Es importante destacar la facilidad con la que se puede replicar este proceso de evaluación psicodiagnóstica virtual, ya que no necesita, ninguna inversión tecnológica, ni recursos nuevos o novedosos/costosos para el sistema público ni privado, además del sistema de atención virtual/consultorio virtual, que ya se encuentra funcionando (telemedicina – nodos de atención virtual en el resto de la provincia). Generando una nueva modalidad de prestación por parte del servicio de atención virtual en el área de salud mental, no solo las consultas virtuales de asesoramiento, atención como de tratamiento, sino que además la prestación de evaluación psicodiagnóstica virtual con la finalidad de realizar el informe psicodiagnóstico para realizar el trámite del certificado de discapacidad como así también para el diagnóstico diferencial de estructuras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleger, Jose “Temas de Psicología (entrevista y grupos)”. 3ra.ed., - Buenos Aires: Edit. Nueva visión, 1972.
- Cattaneo, Beatriz H. (compiladora) – “Informe Psicológico Elaboración y características en diferentes ámbitos”. 3ra ed., Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA), 2005.
- Celener de Nijamkin, Graciela, Guinzbourg de Braude, Mónica. “El Cuestionario Desiderativo”. 6ta ed., Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007
- CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades. Cap. de los grupos Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99), Edición 2016
- Kemberg, Otto. “La teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis clínico” –Buenos Aires: Ed. Paidós, Cap.1 y 2, 1988
- Libro de resumen del XXIV Congreso Nacional de Psicodiagnóstico, XXXI Jornadas Nacionales de ADEIP “El psicodiagnóstico en la era digital, los vínculos en tiempos de redes sociales”. Facultad de Psicología, UNC., 2022
- Sacks, J.M. “Manual: Test de frases incompletas de Sacks”. edición, New York, Centro de especialidades psicológicas, 1948.
- Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato “Psiquiatría”. Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana S.A., 1986. Cap. 3.

## ANEXOS

### ANEXO 1: CASO G

La madre solicita el turno para evaluación psicodiagnóstica para realizar el trámite de pensión, en las primeras semanas del mes de diciembre, se le explica el proceso de evaluación virtual donde se aclara que la participación es de forma voluntaria, se le envía consentimiento informado (link), se pauta las 4 entrevistas con el paciente, 3 para el proceso de evaluación y la cuarta para entrega del informe.

Durante la primera entrevista del paciente de 39 años, varón, solicita que se sin cámara, “porque se pone muy nervioso” se presenta con gorra, se acepta lo solicitado. Solo se lo llama sin video llamada. Se presenta como una conciencia y que no se ve humano, su discurso va a narrar situaciones de su infancia, muchas de ellas terminan con su idea delirante de no pertenecer a este mundo, y estar por encima de

los demás. Se logra en la segunda entrevista aplicar el cuestionario desiderativo, logra dar las respuestas de las catexias positivas al pasar a las negativas, le cuesta mucho dar las mismas termina hablando sobre su idea delirante, por lo cual se suspende la prueba. En la tercera entrevista la aplicación del FIS logra dar la mayoría de las respuestas algunas no puntuó debido a que en interpretación las vivió como amenazas. Se agrega una entrevista a la madre para sacar datos sobre la historia de sus síntomas y tratamientos del paciente.

A comienzo de enero se le hace la entrega del informe tanto a través de fotografía, como papel físico, y la madre pudo iniciar el trámite de pensión. A fines de abril la madre se contactó para contar que fue aprobado el certificado de discapacidad por 5 años.

## REGISTRO AFECTIVO COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN HOSPITALARIA EN LA PANDEMIA DE COVID-19

### AFFECTIVE REGISTRATION AS A STRATEGY FOR HUMANIZATION OF HOSPITAL CARE AND COMMUNICATION IN THE COVID-19 PANDEMIC

Autores: Isadora Jochims, Domitília Bonfim de Macedo Mihaliue, Anna Beatriz Assad Maia, Elisa Marinho Castro y Licia Mota Aires

Institución: Hospital do Guará

Mail: isajochims@gmail.com

#### RESUMEN.

**Objetivos:** Informar la estrategia de humanización y comunicación en el ámbito hospitalario durante la pandemia de COVID-19. **Metodología:** La intervención se llevó a cabo entre marzo y junio de 2021 en un gran hospital universitario y en un hospital regional del Distrito Federal. Se implementó un expediente médico denominado "afectivo", elaborado a partir del marco teórico de la Medicina Narrativa y el Arte Relacional, y a la luz de los lineamientos de HumanizaSUS. El "Registro afectivo" contenía información personal sobre pacientes críticamente enfermos y rescata su singularidad, se fijó a la cabecera de la cama para provocar una experiencia estética y convocar nuevas relaciones en el ámbito sanitario. **Resultados:** Se observó que el dispositivo relacional "Registros afectivos" podría mejorar el vínculo y la comunicación entre los actores de la salud, rescatar la individualidad de los pacientes críticos y ser utilizado como mecanismo para la elaboración del duelo. **Discusión:** La intervención brindó indicios de que la gravedad del cuadro clínico del paciente no es un impedimento para la realización de una acción humanizadora en el cuidado de la salud. **Conclusiones:** Se necesitan más estudios cualitativos y cuantitativos para comprender mejor el alcance de este tipo de medidas.

**PALABRAS CLAVE:** COVID 19, Medicina Narrativa, Humanización de la atención, Registro médico.

#### INTRODUCCIÓN

Uno de los primeros registros médicos de los cuales se tiene noticia, en papiro, es de 1600 A.C. La ficha médica sistematizada y numerada surgió recién en 1907 en la Clínica Mayo<sup>1</sup>, y poco más de 100 años después, la ficha electrónica fue incorporado en la rutina médica. Hubo un profundo cambio de foco cuando se realizó ese pasaje al registro electrónico, cuyo principal objetivo es registrar y trabajar el mayor número de datos posibles sobre la enfermedad. El registro de la historia clínica del paciente está cada vez más apartado de la narrativa de vida del individuo frente al enfermar<sup>2</sup>.

La pandemia de la COVID-19 trajo más desafíos para la humanización en la salud. En Brasil, se vio la industrialización del cuidado y la multiplicación de hospitales de campaña, en detrimento de las medidas preventivas<sup>3,4</sup>. Atenerse a las directrices de la Política Nacional de Humanización (PNH) durante la pandemia fue desafiante, delante de la emergencia epidemiológica con el aumento del riesgo de muerte para los pacientes internados, mas allá de los equipos de salud reubicados para contemplar la emergencia. La restricción de visitas en el ambiente hospitalario para prevenir el contagio causó un gran impacto en los actores de la salud, separando afectos y perjudicando la comunicación. El impacto negativo de la pandemia sobre la salud mental del profesional de salud, de los pacientes y de familiares es objeto de diferentes estudios disponibles en la literatura médica indexada<sup>5,6</sup>, sin embargo, hay pocas evidencias sobre las estrategias de intervención.

El Sistema Único de Salud (SUS) es la mayor red mundial de atención universal de la salud, responsabilizándose de más de 200 millones de vidas. En 2003 implementó la PNH. La clínica ampliada y compartida, una de las directrices de la PNH es definida como una herramienta teórica y práctica cuya finalidad es contribuir para un abordaje clínico del enfermar y del sufrimiento, que considera la singularidad del sujeto y la complejidad del proceso salud/enfermedad. Permite también enfrentar la fragmentación del conocimiento y de las acciones de salud y sus respectivos daños e ineficacia<sup>7</sup>, todo eso influyó en la creación de la "Ficha afectiva" (FA) a través de la interfaz con la Medicina Narrativa<sup>8</sup> y el Arte relacional<sup>9</sup>.

La Medicina Narrativa, disciplina nacida en la Universidad de Columbia en Nueva York, a partir de la mirada humanizada de Rita Charon<sup>8</sup>, se desarrolló en la multidisciplinariedad, recibiendo contribuciones de la sociología, artes, antropología y sobre todo de la literatura. La Medicina narrativa dialoga de forma complementaria con la Medicina Basada en Evidencias, al traducir la narrativa del sujeto y su simbología lingüística como objeto complementario a las evidencias científicas<sup>10,11</sup>. El presente artículo tiene como fundamentos, más allá de la Medicina Narrativa, el concepto de la Estética Relacional, la cual se basa en la construcción poética centrada en las relaciones humanas y sociales que generalmente es pensada fuera del ambiente de las instituciones artísticas<sup>9</sup>.

## Relato de la Intervención:

El hospital universitario estructuró una enfermería exclusiva para tratamiento de pacientes infectados por el SARS CoV 2, con 30 camas, siendo 10 direccionados para la atención de pacientes críticos. La autora principal de este artículo fue trasladada desde la atención de pacientes ambulatorios para asistir a los pacientes críticos infectados por el SARS CoV2. Motivada por el malestar causado por la despersonalización en el cuidado de los pacientes críticos, lo que producía dificultad en la vinculación y en el intercambio de afecto, y, también, por el alto número de óbitos diarios que alcanzaba números expresivos de casi 4000 en marzo de 2021, recolectó informaciones personales objetivando la construcción de una "Ficha afectiva" (FA). Luego de la implementación en el hospital universitario, en marzo de 2021, la propuesta fue reproducida en otro hospital más pequeño, que trataba con recursos limitados a pacientes graves con COVID 19 en la Sala de Emergencia, donde el usuario crítico permanecía hasta su traslado para una Unidad de Terapia Intensiva. La intervención fue realizada luego de ser conocida y autorizada por la dirección de los hospitales referidos.

El dispositivo relacional FA es parte de una proposición artística que convoca la participación de profesionales de salud, pacientes y familiares, promoviendo espacios de escucha inusitados y de re significación de la atención a la salud a través del arte contemporánea. con el fin de promover la afiliación del paciente (12). Fueron realizadas preguntas a la familia durante la comunicación del estado médico diario, para conocer la singularidad del individuo. Se obtuvo informaciones sobre particularidades tales como preferencias musicales, de deportes como futbol y afectos familiares. Se procuró hacer un "retrato" fiel de la forma con que ese individuo se posicionaba en el mundo, con el fin de obtener una narrativa personal, esto es de fundamental importancia para la promoción de la vinculación del individuo al cuidado en salud (12). Esa construcción fue denominada "Ficha Afectiva", escrita a mano por el profesional de salud, en hoja de formato A4, siendo puesta en un lugar visible al costado de la cama, provocando una experiencia estética en los profesionales que circulaban en aquel ambiente.

La construcción de la FA se constituye en etapas. La primera fue la recolección de las informaciones realizadas por teléfono por el equipo médico o de enfermería, y que causo, inicialmente, rareza a los familiares, por lo que fue necesario explicar los procedimientos y el objetivo de aquella acción. Fueron realizadas las siguientes preguntas: "Si su familiar despertaría cuando la sedación fuera suspendida, ¿qué le gustaría escuchar? ¿qué le gusta? ¿cuál es la pasión de su familiar? ¿le gustaría que algún mensaje particular le fuese transmitido a él/ella? Inicialmente, fueron realizadas preguntas más generales para garantizar la espontaneidad de las respuestas de los familiares. Posteriormente, se hicieron preguntas más específicas como: "¿Qué música le gusta escuchar? ¿Cuál es el cantante favorito? ¿Cuál es la canción favorita?". Las informaciones transmitidas por los familiares también fueron examinadas para mejorar la comunicación del equipo con el paciente. Se la familia dijese, por ejemplo, que la pasión era la nieta, datos como el nombre y la edad de la nieta eran registrados en la FA.

La segunda etapa fue la confección. Al no existir un formulario padrón, con preguntas totalmente delimitadas o previamente establecidas, se buscaba informaciones personales con algún significado para el paciente y que podrían ser utilizadas en la asistencia facilitando la co-

municación o aquellas que producían respuestas o reacciones para los profesionales que cuidan. En una hoja de papel blanco A4, se colocó el nombre "Ficha Afectiva", luego en seguida, las iniciales del nombre de cada paciente, la edad y las informaciones afectivas relatadas por la familia (Figura 1 y 2). Hubo la preocupación de no escribir informaciones sin ningún significado Para el usuario en situación crítica, como comida preferida. la preferencia alimenticia es importante, pero no tiene sentido en aquel momento, cuando no había posibilidad de ingerir alimento. Los autores destacan la importancia de la letra cursiva en el registro, el que preserva también la individualidad del profesional que realiza la propuesta. En virtud del riesgo de contaminación, fueron puestos en folios plásticos transparentes que se podían higienizar y eran fijados en la pared o en la cama.

El último momento fue el de la implementación, cuando fueron observadas respuestas inmediatas en todas las categorías profesionales que asistían al individuo, más allá de respuestas objetivas y subjetivas del paciente.

Posteriormente, se implementó también la FA antes de la intubación oro traqueal, cuando el usuario participaba del proceso de construcción de su propio prontuario. Luego de la retirada del tubo oro traqueal, terminada la sedación, el paciente reveía sus informaciones afectivas y el protagonismo dado a ellas por el equipo de cuidados.

La FA se mostró como una nueva forma de cuidado humanizado en las áreas más críticas de los hospitales donde se trabajó y se transformó en una rutina en la práctica clínica de los autores. Esa ficha era adjuntada con el paciente en casos de traslado y era entregada a la familia en caso de fallecimiento.

La estrategia también fue utilizada en el proceso de duelo de las familias. Una de las autoras, lo vivenció, como experiencia que la marcó, con el desarrollo de la primera FA (Figura 1). Hubo la identificación con el cantor preferido, Raúl Seixas y durante toda la internación del paciente, la profesional escuchó con mayor frecuencia las canciones del músico y continuó realizando los informes diarios con la familia. Luego del fallecimiento del Paciente, entregó la ficha a la familia y les explicó la simbolización y la materialización de las diversas capas de de la FA. Se le sugirió a la familia que realice algún ritual con aquel documento en el proceso de luto.



Figura 1. Primero "Ficha Afectiva" del hospital universitario.

Fuente: Archivo personal de la autora

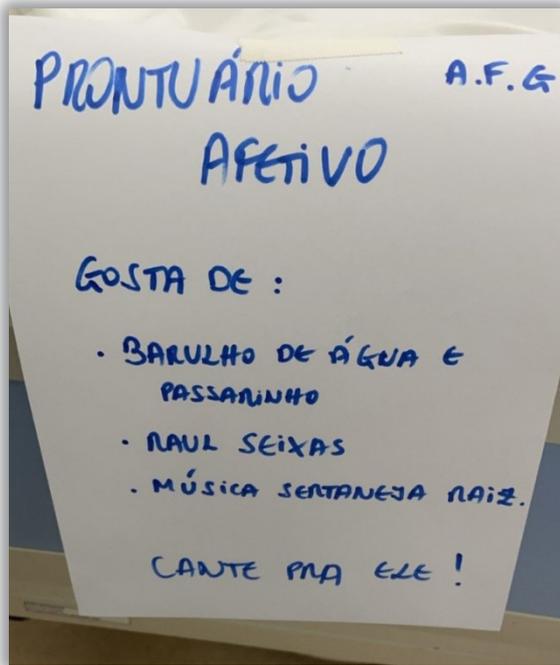


Figura 2. Primera "Ficha Afectiva" del hospital regional.

Fuente: <https://www.saude.df.gov.br/w/hospital-do-guara-humaniza-atendimento-com-prontuario-afetivo>

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo inicial de la acción con el dispositivo relacional FA era rescatar la singularidad y la narrativa de vida del sujeto, independiente del estado clínico del paciente, y provocar cambios en las relaciones entre los profesionales, familiares, pacientes y también en la institución. Se buscaba la humanización de la atención en salud, dentro de las premisas del PNH, valiéndose, como metodología, del referencial teórico de la Medicina Narrativa y del Arte Relacional, como mencionamos.

Uno de los parámetros encontrados por la intervención que se mostró positivo fue la respuesta de las familias a la intervención. Los familiares reaccionaron positivamente a la acogida y a la escucha atenta por el equipo de salud. La humanización sobrepasó el contexto del paciente, aun en los casos de atención remota, para la red de apoyo social. El equipo de salud vivenció llanto, silencio, palabras de gratitud, voz de euforia, frases entrecortadas por emoción, demostraciones de afecto, de fe y de esperanza. Se pudo percibir un cambio en la vinculación entre profesionales de salud, familia y paciente. Cada FA era única, más algunos relatos se repetían, como equipo de fútbol, estilos musicales, informaciones familiares, formas de placer y mensajes que la familia gustaría que sean transmitidos al paciente.

Las informaciones contenidas en la FA se tradujeron en diversas intervenciones concretas, siendo ellas: colocación de las músicas preferidas por el paciente durante los cuidados, independiente de la gravedad del Paciente y del nivel de consciencia (Figura 3); construcción de diálogos e/o monólogos tratando de las preferencias afectivas, personales y transmisión de noticias de familiares. En la oportunidad del contacto con la familia, eran pasadas noticias sobre el paciente. Ese conjunto de medidas tuvo también el objetivo de disminuir la soledad de una internación en aislamiento sanitario, esto que era necesario Para la mitiga-

ción de la pandemia<sup>13</sup>. Se pudo observar mayor adhesión a los procedimientos como la ventilación invasiva y la comunicación con pacientes entubados, sin embargo, despiertos.

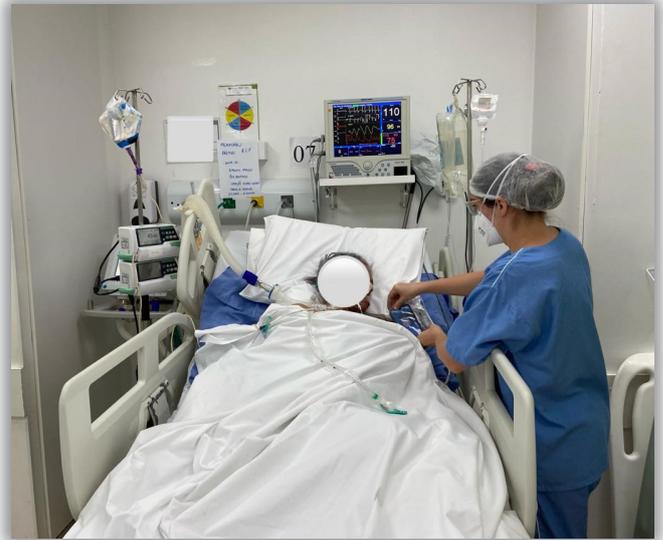


Figura 3. Técnica de enfermería durante el cuidado al lado de la cama coloca música favorita de la Paciente, quien estaba entubada y despierta, a través del celular.

Fuente: Archivo personal de la autora

Estudio realizado con enfermeros que cuidan de Pacientes graves y poli traumatizados relata que la humanización es parte del cuidado de enfermería y de la asistencia de calidad, más en él es implementada efectivamente. Los profesionales de salud se preocupan más con el abordaje técnico, asociado al modelo biomédico. Los aspectos emocionales y el cuidado con la familia pasan muchas veces desapercibidos<sup>14</sup>.

En relación a los profesionales de salud, podemos observar identificaciones con algunas características de los Pacientes que pasaron la integrar la FA alterando la vinculación con aquel sujeto. Observamos mayor motivación del equipo en el cuidado de los pacientes cuando ocurría identificación en las características descritas en el FA. Presenciamos la transformación de la interacción con el paciente grave, como si este estuviese acordado. Entretanto, no nos es posible establecer relación directa de causa y efecto entre la identificación y el aumento de la motivación del equipo, estudios cualitativos y cuantitativos precisan ser realizados para confirmar esa observación.

La proposición de la FA busca cambios en las relaciones entre los usuarios y el equipo de salud, aun en el contexto pandémico. Son tres los actores relacionados directamente en la intervención:

1. El interlocutor que recolecta las informaciones - psicólogo, enfermero, médico, terapeuta ocupacional o asistente social;
2. La familia que exprime características individuales del enfermo que podrían ser útiles en la vinculación y en el cuidado del paciente;
3. El Paciente internado en aislamiento sanitario.

En cuanto a la afiliación<sup>10</sup>, etapa importante de la intervención basada en medicina narrativa, fueron cinco las instancias afectadas positiva-

mente por la intervención:

1. Del profesional de salud con el familiar;
2. Del familiar con la institución;
3. Del Paciente con el profesional de salud;
4. Del Paciente con la institución;
5. Del Paciente con la familia

La nueva propuesta superó las fronteras de las instituciones pioneras en el caso de traslado del paciente para otra institución, la FA también fue anexada a la ficha "técnica" del paciente. Sin embargo, no fue documentado el efecto de la intervención en las otras instituciones.

Procedimientos más allá de los cuidados técnicos comenzaron a ser realizados en los pacientes por el equipo, tales como cuidados estéticos con cabello, barba, uñas y hasta la utilización de los perfumes de preferencia de los pacientes.

El paciente grave, antes visto como estático y demandante de muchos procedimientos exclusivamente técnicos, con la FA comenzó a ser visto en su singularidad, por lo tanto, digno de afecto y de cuidado seguro y humanizado por parte del equipo de salud.

La intervención descripta fue corroborada por un estudio que validó el uso de las historias de vida y fotografías para humanizar al paciente sedado. Se verificó el rescate de: emoción, sensibilidad, empatía, intervención y compromiso en la percepción de la enfermería<sup>15</sup>. Otro estudio sobre la percepción de 66 profesionales del Brasil actuantes en la asistencia de Pacientes con COVID-19 reveló sobrecarga de trabajo físico y psíquico, más la preocupación en mantener el trabajo humanizado<sup>16</sup>. El filósofo Wittgenstein se refería al lenguaje como un juego. la analogía buscaba traer el concepto de que somos sujetos inmersos en el lenguaje<sup>2</sup>. Este, siendo inventivo y creativo, literario o estético, al traer organización acompañada de significado, acaba por dar forma a la realidad individual. Nos dice Murphy, JW<sup>17</sup> que los hechos deben ser entendidos como portadores de una biografía que los médicos deben consultar si quieren aprender precisamente la condición de un paciente.

## CONCLUSIÓN

La FA, como estrategia de cuidado humanizado de pacientes graves víctimas del Sars CoV2, mostró ser capaz de provocar una modificación en la forma de dispensación de los cuidados en salud. Utilizando el referencial teórico de la Medicina Narrativa, del Arte relacional y de las directrices del HumanizaSUS para su concepción, funcionando como una construcción complementaria a la ficha médica tradicional, se mostró capaz de lograr un cambio de paradigma en el cuidado en salud.

Independiente de la gravedad del cuadro clínico del paciente, logramos observar, durante la intervención, beneficios subjetivos para todos los actores participantes, ya sean los profesionales de salud, familiares, institución y pacientes. El parámetro que observamos, el bienestar subjetivo del equipo, familiares de pacientes y, también de estos, fue positivamente afectado por la intervención. Como señalamos, estudios cualitativos y cuantitativos precisan ser realizados para confirmar las impresiones relacionadas en el artículo.

Como la experiencia fue divulgada en diferentes medios de comunicación, está siendo multiplicada en diferentes servicios y contextos de atención a la salud en todo el Brasil. A través de las redes sociales, las autoras han recibido retornos positivos sobre la utilización de la técnica de la FA. Esperamos que esas iniciativas sean objetos de estudio, a fin de que el acúmulo de conocimiento de oportunidad a la humanización, despejada y necesaria, de la atención en salud.

La relevancia de esta experiencia innovadora es indiscutible cuando se observa la repercusión nacional de la FA y los beneficios cualitativos descritos Para todos los actores del escenario de salud que vivenciaran la acción. Es posible mantener el cuidado humanizado a partir de tecnologías leves, creativas, simples y de bajo costo como la FA, que fue capaz de mudar la rutina intensa de los profesionales que asisten pacientes graves y críticos con COVID-19. Se espera que esta experiencia sea multiplicada por cualquier categoría profesional del área de la salud durante sus respectivos trabajos. La idea debe ser adaptada al objetivo y a los diferentes perfiles de pacientes y de servicios.

Se sugiere estudios sobre las respuestas del cuidado humanizado en el proceso de tratamiento y de cura para pacientes y para familiares, así, las prácticas humanizadas podrán consolidarse cada vez más.

# DENGUE

---



## signos de alarma

	<b>Dolor abdominal intenso y continuo</b>
	<b>Vómitos frecuentes</b>
	<b>Sueño excesivo, cansancio extremo, irritabilidad</b>
	<b>Sangrado de mucosas, encías y nariz</b>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gillum RF. From FA pyrus to the electronic tablet: la brief history of the clinical medical record with lesons for the digital age. An J Med [Internet]. 2013;126(10):853–7. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343\(13\)00398-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343(13)00398-7)
- Niburski K. Imprinting care and the los of FA tient narrative: Creation and standardization of medical records. Perm J [Internet]. 2019;23. Available from: <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/18-144>
- Kupek E. Low COVID-19 vaccination coverage and high COVID-19 mortality rates in Brazilian elderly. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2021;24:e210041. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720210041>
- Ximenes RA de A, Albuquerque M de FPM de, Martelli CMT, Araújo TVB de, Miranda Filho D de B, Souza WV de, et al. Covid-19 in the Northeast of Brazil: from lockdown to the relaxation of social distancing measures. Cien Saude Colet [Internet]. 2021;26(4):1441–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021264.39422020>
- De Kock JH, Lathan HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L, et al. la rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. BMC Public Health [Internet]. 2021;21(1):104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. Enferm Clín (Engl Ed) [Internet]. 2021;31(2):128–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.011>
- Gov.br [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus>
- Charon R. What to del with stories: the sciences of narrative medicine. Can Fan Physician [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 14];53(8):1265–7. Available from: <https://www.cfp.ca/content/53/8/1265>
- Spettel E. Esthétique relationnelle: Réorientation du manifeste dans l’art contemporain. Études litt [Internet]. 2014 [cited 2021 Dec 14];44(3):47–59. Available from: [https://www.lespresesdureel.com/](https://www.lespresesdureel.com/ouvrage.php?id=4&menu=0)
- Charon R, Wyer P, NEBM Working Group. Narrative evidence based medicine. Lancet [Internet]. 2008;371(9609):296–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60156-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60156-7)
- Silva SA, Charon R, Wyer PC. The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice: The marriage of evidence and narrative. J Eval Clin Pract [Internet]. 2011;17(4):585–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01551.x>
- Zaharias G. Learning narrative-based medicine skills: Narrative-based medicine 3. Can Fan Physician [Internet]. 2018;64(5):352–6. Available from: <http://www.cfp.ca/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=29760254>
- Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, et al. Origin, transmision, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Postgrad Med J [Internet]. 2020;96(1142):753–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138234>
- Perboni JS, Silva RC da, Oliveira SG. la humanización del cuidado en la emergencia en la perspectiva de enfermeros: enfoque en el Paciente politraumatizado. Interacciones (Campo Gd) [Internet]. 2019;959–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>
- LUDWIG, Erika Fernanda de los Santos Bezerra et al. COVID-19 FA ndemic: health professionals’ perception about the asistance mentioned in television media. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2021, v. 74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258>
- DA SILVA RIBEIRO, CAP, Trovo, MM y Puggina, AC 2017. Histórias de vida y fotografia de Pacientes sedados en UTI: posível estrategia de humanización? Enfermagem Global. [Internet]. 16, 3 (junho de 2017), 453–495. Avaiable from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.257291>
- Murphy JW, Choi JM, Cadeiras M. The role of clinical records in narrative medicine: la discourse of mesage. Perm J [Internet]. 2016;20(2):103–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/15-101>



# DENGUE

## Fases de la enfermedad

---

fase febril	fase crítica	fase de recuperación
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="background-color: yellow;">1</span> <span style="background-color: yellow;">2</span> <span style="background-color: yellow;">3</span> <span style="background-color: yellow;">4</span> <span style="background-color: yellow;">5</span> <span style="background-color: yellow;">6</span> <span style="background-color: yellow;">7</span> <span style="background-color: white;">8</span> <span style="background-color: white;">9</span> <span style="background-color: white;">10</span> </div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Días</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="background-color: white;">1</span> <span style="background-color: white;">2</span> <span style="background-color: red;">3</span> <span style="background-color: red;">4</span> <span style="background-color: red;">5</span> <span style="background-color: red;">6</span> <span style="background-color: red;">7</span> <span style="background-color: white;">8</span> <span style="background-color: white;">9</span> <span style="background-color: white;">10</span> </div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Días</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="background-color: white;">1</span> <span style="background-color: white;">2</span> <span style="background-color: white;">3</span> <span style="background-color: white;">4</span> <span style="background-color: white;">5</span> <span style="background-color: white;">6</span> <span style="background-color: blue;">7</span> <span style="background-color: blue;">8</span> <span style="background-color: blue;">9</span> <span style="background-color: blue;">10</span> </div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Días</p>
<p>Evite salir de su domicilio durante esta fase</p> <p><b>Síntomas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fiebre</li> <li>Malestar</li> <li>Sarpullido</li> <li>Dolores (cabeza, ojos, musculares, articulares)</li> </ul>	<p><b>Tratamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reposo</li> <li>Hidratación</li> <li>Control de la Fiebre</li> <li>Observación médica</li> <li>No tomar ibuprofeno</li> </ul>	<p><b>Signos de alarma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vómitos   Edema   Dolor abdominal</li> <li>Sueño excesivo   Cansancio extremo</li> <li>Irritabilidad   Sangrado de mucosas</li> </ul>
Mejora el estado en general		

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN FORMATO 360 EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DEL HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN – TUCUMÁN – ARGENTINA

### PERFORMANCE EVALUATION IN 360 FORMAT IN THE LABORATORY SERVICE OF THE CONCEPCION REGIONAL HOSPITAL – TUCUMÁN – ARGENTINA

Autor: Monroy Román Augusto

Institución: Servicio de Laboratorio. Hospital Regional Concepción "Dr. Miguel Belascuain"

Mail: am\_dalton@hotmail.com

#### RESUMEN.

La constante evolución de las demandas en la atención médica y el aumento de las expectativas en la mejora de la calidad, con el fin de satisfacer tanto a los usuarios como a los prestadores, plantea un desafío significativo para los hospitales. En consecuencia, se hace necesario que adopten enfoques innovadores para potenciar y mejorar su desempeño.

Una herramienta que ha ganado prominencia en este contexto es la evaluación de desempeño 360. El Sistema de Salud Público de la Provincia de Tucumán desarrolla anualmente una Evaluación de Desempeño a todo su personal por competencias, pero de manera vertical. El presente trabajo propone una evaluación 360 con consenso de competencias, amplitud de miradas sobre el evaluado y, además, una retroalimentación dirigida y única para cada agente.

El propósito fundamental de este estudio fue Implementar y analizar el uso de nuevas tecnologías administrativas en el proceso evaluativo, identificando los beneficios y dificultades asociados con la adopción del formato de evaluación 360. Se llevó a cabo un enfoque descriptivo, observacional y longitudinal. Las competencias analizadas se acordaron mediante consenso entre los coordinadores y el personal evaluado, utilizando una escala cualitativa para su evaluación. Para la recopilación de datos, se emplearon encuestas diseñadas mediante Google Docs. y enviadas vía telefónica. Además, se llevaron a cabo entrevistas personalizadas para proporcionar retroalimentación, empleando análisis FODA como herramienta de análisis.

La implementación de una Evaluación de Desempeño en formato 360 no representó un esfuerzo organizativo considerable, dado que se emplearon tecnologías accesibles para todos los implicados. Este enfoque de evaluación conlleva ventajas significativas para la organización al fomentar una mayor participación de los individuos, quienes pueden expresar sus opiniones y recibir retroalimentación de manera más amplia. Además, este modelo puede implementarse fácilmente en entornos de organismos de salud.

#### SUMMARY.

The constant evolution of demands in healthcare and the rising expectations for improved quality to satisfy both users and providers pose a significant challenge for hospitals. Consequently, it becomes necessary for them to adopt innovative approaches to enhance and improve their performance.

One tool that has gained prominence in this context is the 360-degree performance evaluation. The Public Health System of the Province of Tucumán conducts an annual Competency-based Performance Evaluation for all its personnel but in a vertical manner. This study proposes a 360-degree evaluation with consensus on competencies, a broader perspective on the evaluated individual, and furthermore, targeted and unique feedback for each agent.

The primary aim of this study was to implement and analyze the use of new administrative technologies in the evaluative process, identifying the benefits and challenges associated with adopting the 360-degree evaluation format. A descriptive, observational, and longitudinal approach was employed. The assessed competencies were agreed upon through consensus between coordinators and evaluated personnel, using a qualitative scale for assessment. Data collection utilized surveys designed through Google Docs and administered via telephone. Additionally, personalized interviews were conducted to provide feedback, employing SWOT analysis as a tool.

The implementation of a 360-degree Performance Evaluation did not entail a considerable organizational effort, as accessible technologies were used for all involved parties. This evaluation approach brings significant advantages to the organization by fostering increased individual participation, allowing individuals to express opinions and receive feedback more comprehensively. Moreover, this model can be easily implemented in healthcare organizational settings.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluación 360, Laboratorio, Hospital

**KEY WORDS:** Evaluation in 360 Format, Laboratory, Hospital

#### INTRODUCCIÓN

En el panorama actual de la gestión organizacional, la optimización del desempeño se ha convertido en una prioridad ineludible para garantizar la excelencia en la prestación de servicios. Dentro de este contexto, el sector de la atención médica y, en particular, los hospitales públicos, desempeñan un papel crucial al brindar atención médica esencial a las comunidades que sirven<sup>1</sup>. Entre las múltiples facetas que configuran un sistema hospitalario eficaz, el servicio de laboratorio emerge como una

pieza fundamental en la toma de decisiones clínicas y la atención integral del paciente.

Rivero-Ramírez<sup>(2)</sup> define la evaluación de desempeño 360 como "el procedimiento estructural y sistemático para medir, evaluar e influir sobre los atributos, comportamientos y resultados relacionados con el trabajo, así como el grado de absentismo, con el fin de descubrir en qué medida

es productivo el empleado, y si podrá mejorar su rendimiento futuro". Chiavenato<sup>3</sup> explica que la Evaluación 360 "se refiere al contexto general que envuelve a cada persona. Se trata de una evaluación hecha, en forma circular, por todos los elementos que tienen algún tipo de interacción con el evaluado. Participan en ella el superior, los colegas y/o compañeros de trabajo, los subordinados, los clientes internos y los externos, los proveedores y todas las personas que giran en torno al evaluado con un alcance de 360°".

Enfrentando la evolución constante de las demandas de atención médica y las expectativas crecientes de calidad, los hospitales se ven desafiados a adoptar enfoques innovadores para mejorar su desempeño. Una herramienta que ha ganado prominencia en este contexto es la evaluación de desempeño 360, un proceso que va más allá de las evaluaciones tradicionales al involucrar a múltiples actores, incluyendo no solo a supervisores, sino a pares y subordinados<sup>4, 5</sup>. La Evaluación de Desempeño en formato 360 permite evaluar las capacidades de los integrantes de la organización, permite evaluar su desempeño de manera íntegra siendo objeto de análisis por todo el resto de las personas involucradas con la organización de manera interna o externa<sup>6, 7</sup>.

La evaluación es un proceso que impacta en diversas esferas de la vida de un individuo, desde sus aspectos laborales hasta la mejora del desempeño. A pesar de su importancia, estas evaluaciones no pueden evitar la influencia de subjetividades, ya que tanto el evaluador como el evaluado influyen en el proceso<sup>8, 9</sup>. Por otro lado, las competencias delinean las habilidades necesarias para un puesto en particular, integrando los conocimientos esenciales para un desempeño efectivo en roles específicos<sup>10</sup>. En el pasado, las Evaluaciones de Desempeño se basaban en un enfoque verticalista, donde el Jefe o Coordinador de Servicio otorgaba una calificación numérica, descuidando las competencias profesionales, pilares fundamentales para un óptimo desarrollo laboral. En este contexto, el presente trabajo busca fusionar la Evaluación 360, que evita subjetividades, con competencias diseñadas específicamente para el puesto evaluado. Además, los contextos en los que los trabajadores se desenvuelven cambian constantemente ya sea por fuerzas externas o internas que afectan a la estructura organizacional. Esto motiva que las competencias deban adaptarse a los nuevos tiempos y deban actualizarse según el marco en el que se desenvuelva la organización<sup>11</sup>.

En toda organización existe una brecha entre su misión y su visión, entre "lo que se es y lo que se quiere ser". Una adecuada realización de la evaluación de desempeño del personal permite acortar esa brecha ajustando la estrategia de la organización a los recursos humanos con los que se cuenta. Mostrar la realidad desde diferentes planos, retroalimentar y guiar a un trabajador en función de los objetivos trazados redundará ampliamente en beneficio de la organización. El proceso de evaluación en sí mismo lleva tiempo y esfuerzo por parte del personal jerárquico (o el destinado específicamente a ello) pero sin lugar a dudas los beneficios a largo plazo justifican su implementación<sup>8, 10, 12</sup>.

El Sistema de Salud Público de la Provincia de Tucumán desarrolla anualmente una Evaluación de Desempeño a todo su personal por competencias, pero de manera vertical. Los jefes evalúan a los subordinados. Las competencias son estancas con el correr de los años y la metodología

usada es a través de formularios on-line y devolución escrita con firma del agente. No hay capacitación al personal y las notas son potestad de quien las emite<sup>11, 13</sup>. El presente trabajo propone una evaluación 360 (o de múltiples fuentes) diferenciándose claramente del sistema vigente ya que en este modelo existe consenso de competencias, amplitud de miradas sobre el evaluado y, además, una retroalimentación dirigida y única para cada agente<sup>6</sup>.

### OBJETIVO GENERAL

Implementar una evaluación de Desempeño en formato de evaluación 360 en el Servicio de Laboratorio del Hospital Regional Concepción, con el propósito de mejorar la eficacia y la calidad del proceso de evaluación del personal en el contexto hospitalario estimulando así la comunicación interpersonal entre subordinados y superiores

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la evaluación en formato 360° de forma secuencial en la planta profesional del Servicio de Laboratorio Sección Central y Microbiología del Hospital Regional Concepción.
- Implementar nuevas tecnologías administrativas durante el proceso de evaluación de personal.
- Analizar los beneficios y dificultades para la implementación de la evaluación del formato 360.

### MATERIALES Y MÉTODOS

La población en estudio fueron los profesionales Bioquímicos del Servicio de Laboratorio del Hospital Regional Concepción. Con el fin de lograr una secuenciación en la implementación en el primer año (2020) se evaluó solo al coordinador general del Servicio. En el siguiente año (2021) al coordinador general y a los dos coordinadores de sección (Laboratorio Central y Microbiología). En el tercer año (2022) se evaluó a los coordinadores y subcoordinadores además de todos los bioquímicos de planta de las secciones de Microbiología (cinco) y Laboratorio Central (seis).

El trabajo realizado fue descriptivo, observacional y longitudinal.

Para el coordinador y los subcoordinadores de Servicio se elaboró una red donde se vincularon a cada uno los subordinados directos (bioquímicos de planta, técnicos, administrativos y maestranza), Gerente Hospitalario (principal proveedor de insumos para los servicios), los pares de otros servicios y los superiores (Dirección Hospitalaria). Mientras que para los bioquímicos de planta se elaboró otra red en la que incluyó a subordinados directos (técnicos, administrativos y maestranzas), colegas bioquímicos, superiores (Coordinación y sub-coordinación). En el caso de los bioquímicos de planta la evaluación fue enviada a los compañeros laborales de cada sección lo que implicó que el número total de evaluadores cambiara según el personal evaluado. También se produjo variación en el N total de evaluadores en diferentes años debido, fundamentalmente, a licencias o ausencias del personal.



Figura 1. Red de Vinculación para Coordinadores

Las variables (competencias) que se eligieron para evaluar fueron propuestas por el coordinador en función de un trabajo previo<sup>14</sup>. Luego de analizadas y discutidas fueron aceptadas por el resto de los profesionales.

La evaluación se realizó sobre las siguientes competencias:

- Técnica
- Cantidad
- Proactividad
- Liderazgo
- Cooperación
- Compromiso
- Flexibilidad
- Disciplina laboral
- Presencia

La escala utilizada fue cualitativa informando que el evaluado cumple con la competencia "siempre" "muchas veces" "a veces" "pocas veces" "nunca" "no sabe/ no contesta". Además, se dejó un espacio abierto para comentarios o sugerencias.

Como instrumentos de recolección de datos se elaboraron utilizando la plataforma de Formularios de Google Docs. las cuales fueron enviadas directamente a los teléfonos de los participantes vía WhatsApp junto a una breve explicación del procedimiento por parte del coordinador general. Los participantes tuvieron 24 hs. para realizar la evaluación.

La carga de resultados, los gráficos y los porcentajes se calcularon automáticamente por Google Docs.

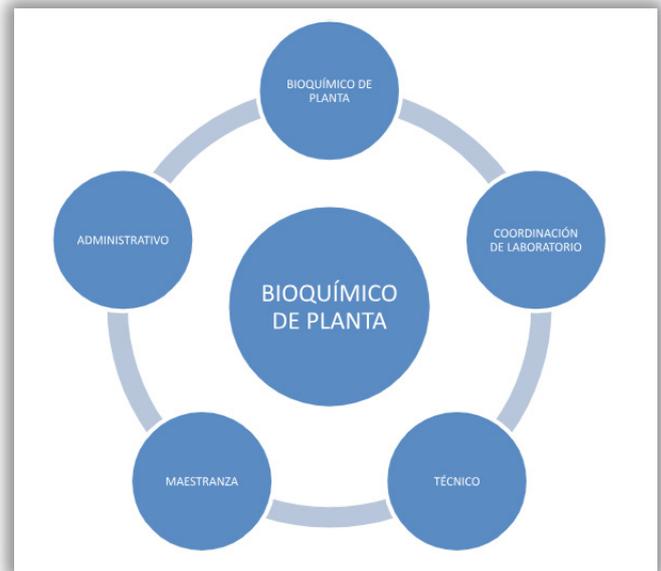


Figura 2. Red de vinculación para Bioquímicos de planta

El formato ideado no necesitó identificación del evaluador, sino que solamente se indicó el cargo ocupado en la Institución. La participación no fue obligatoria para el personal evaluador. Por regla general los participantes contestaron las encuestas en las horas siguientes a las que las recibieron en sus teléfonos celulares sin solicitar mayores explicaciones. Quienes decidieron no participar no justificaron su decisión ni solicitaron mayor información.

Luego de realizadas todas las evaluaciones de forma virtual se fijó cita con cada uno de los agentes de manera separada en la oficina del coordinador general para la devolución y el análisis de la información obtenida. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos, durante las misma se informaron los resultados a cada agente utilizando los gráficos provistos por Google Docs. y se realizó conjuntamente un análisis FODA personalizado centrándose en los datos recibidos. De manera independiente se analizaron los comentarios que se pudieran haber escrito en alguna de las evaluaciones. Las entrevistas fueron realizadas de forma no estructurada de tal modo de poder dar un contexto particular a cada competencia analizada y a cada trabajador evaluado. Se entregó además la información impresa a cada agente con el fin de que pueda continuar el análisis de forma individual si así lo deseaba.

No se observaron conflictos éticos de ninguna índole.

## RESULTADOS

Hubo una alta aceptabilidad a formar parte de las evaluaciones, observándose incluso un aumento de participación con el transcurrir de los años. Esta situación queda reflejada en la siguiente tabla:

	2020		2021		2022	
	Participación de evaluadores %	Total de respuestas	Participación de evaluadores %	Total de respuestas	Participación de evaluadores %	Total de Respuestas
Coordinación	90	27	80	33	98	43
Sub coordinación Microbiología			68	11	67	10
Sub Coordinación Central			91	21	96	24
Bioquímico Microbiología 1					93	14
Bioquímico Microbiología 2					100	15
Bioquímico Microbiología 3					93	14
Bioquímico Microbiología 4					100	15
Bioquímico Microbiología 5					100	15
Bioquímico Central 1					96	24
Bioquímico Central 2					100	25
Bioquímico Central 3					96	24
Bioquímico Central 4					100	25
Bioquímico Central 5					100	25
Bioquímico Central 6					100	25

Tabla 1. Participación de los evaluadores en cada encuesta

Se evidenció una notable diversidad en los resultados obtenidos para cada profesional, sin embargo, en líneas generales, no se identificaron resultados significativamente desfavorables. Si se suman las categorías de "siempre" y "muchas veces" se obtienen las siguientes tablas para realizar un análisis individual de cada trabajador vinculándolo a una competencia en específico o a la totalidad de ellas.

## Porcentaje de aprobación (siempre/muchas veces) por competencias. Año 2020

2020	CALIDAD	TÉCNICA	CANTIDAD	PROACTIVIDAD	LIDERA ZGO	COOPERACIÓN	COMPROMISO	FLEXIBILIDAD	DISCIPLINA	PRESENCIA
Coordinación I										

Tabla 2. Resultados de Evaluación año 2020. Verde mayor al 75%. Amarillo entre 50 y 74%. Rojo menor a 50%

## Porcentaje de aprobación (siempre/muchas veces) por competencias. Año 2021

2021	CALIDAD	TÉCNICA	CANTIDAD	PROACTIVIDAD	LIDERA ZGO	COOPERACIÓN	COMPROMISO	FLEXIBILIDAD	DISCIPLINA	PRESENCIA
Coordinación I										
Coordinación II										
Coordinación III										

Tabla 3. Resultados de Evaluación año 2021. Verde mayor al 75%. Amarillo entre 50 y 74%. Rojo menor a 50%

## Porcentaje de aprobación (siempre/muchas veces) por competencias. Año 2022

2022	CALIDAD	TÉCNICA	CANTIDAD	PROACTIVIDAD	LIDERA ZGO	COOPERACIÓN	COMPROMISO	FLEXIBILIDAD	DISCIPLINA	PRESENCIA
Coordinación I										
Coordinación II										
Coordinación III										
Bio químico Microbiología 1										
Bio químico Microbiología 2										
Bio químico Microbiología 3										
Bio químico Microbiología 4										
Bio químico Microbiología 5										
Bio químico Central 1										
Bio químico Central 2										
Bio químico Central 3										
Bio químico Central 4										
Bio químico Central 5										
Bio químico Central 6										

Tabla 4. Resultados de Evaluación año 2022. Verde mayor al 75%. Amarillo entre 50 y 74%. Rojo menor a 50%

**DISCUSIÓN**

La ejecución de este proyecto no conllevó ningún tipo de obstáculo técnico, ni para los responsables del mismo ni para los evaluadores. En la región de Latinoamérica, se constata una persistente incidencia de complicaciones de naturaleza burocrática en lo que respecta a la realización de evaluaciones de desempeño<sup>12</sup>. Anualmente, el Sistema Provincial de Salud lleva a cabo una Evaluación de Desempeño para su personal, coordinada por la Oficina de Recursos Humanos en cada centro de atención de salud. Este proceso se extiende en el tiempo y se fundamenta en la evaluación que cada empleado recibe de sus superiores directos. A pesar de emplear formularios en línea para la recolección de datos y proporcionar retroalimentación individual, el procedimiento se ve afectado por su notoria lentitud y complejidad. Es crucial resaltar que estas evaluaciones se limitan a la perspectiva de los superiores en relación con las competencias establecidas desde el nivel central de la organización. La selección de dichas competencias se consensuó entre las autoridades del nivel central del sistema de salud, entidades gremiales y directores de hospitales, manteniendo sin cambios durante varios años<sup>11</sup>. En contraste con esta dinámica, este estudio propone que las competencias pertinentes para las tareas específicas sean seleccionadas desde el

propio centro de salud, incluso desde un subsector como el servicio de laboratorio, siguiendo una metodología similar a la implementada en la investigación de Donnon et al.<sup>7</sup>

Humphrey-Murto et al<sup>15</sup> en sus "Perlas de Evaluación" recomiendan realizar las evaluaciones de desempeño en formato 360 centrándose en lo importante y no en lo fácil de hacer, este trabajo logra, justamente, hacer lo importante de manera fácil al aplicar tecnologías al alcance de la mano para todo trabajador del sistema de salud logrando así acelerar y efectivizar el proceso evaluativo.

Toda organización siempre está sujeta a condiciones variables internas o externas que afectan su normal desarrollo. La agrupación que se adapta es la que mejor provecho saca de los nuevos escenarios. Estas variaciones deben ser vistas como oportunidades a aprovechar por parte de los jefes/coordinadores. Estas oportunidades al ser capitalizadas se transformarán en fortalezas de la organización. Tener visión periférica que permita readaptar las competencias de los trabajadores a los nuevos escenarios permite no solo mejorar la organización en sí misma sino también le permiten a los trabajadores mejorar en las propias competencias evaluadas.<sup>6, 7, 16</sup>

Similar a los trabajos de Nurudeen et al, Yamani et al y Mohammadpour et al en este artículo se demuestra que no existe imposibilidad de aplicar la evaluación de desempeño 360 en un efector de salud, incluso puede aplicarse parcialmente dentro de un único servicio (en el caso presente el Servicio de Laboratorio)<sup>17, 18, 19</sup> o entre diferentes hospitales<sup>20</sup>. Si las circunstancias así lo requiriesen el presente modelo de trabajo podría ser aplicado a una competencia determinada (por ejemplo, Liderazgo), ya sea para la búsqueda de un perfil de ascenso o para evaluar alguna

necesidad que se haya detectado en el servicio o lo que el escaño superior en la estructura de mayor nivel requiera.<sup>4, 21</sup>

Similar a una publicación previa del autor<sup>14</sup> como así también a las de Donnon et al y González Gil et al en este trabajo se observó una buena aceptación de la labor diaria de los participantes<sup>7, 22</sup>. También, y similar a lo observado por Nurudeen en la entrevista personalizada se manifestó en varias ocasiones que las respuestas son impulsoras de cambio y evolución<sup>17</sup>. Los agentes sintieron que sus opiniones son valoradas y que contribuyen a fortalecer la organización. En este trabajo los agentes podían autoevaluarse también lo que favoreció el análisis de los comentarios realizados por el resto del personal.

En general estos comentarios fueron de dos tipos:

No motivacionales y pasaron a la columna de debilidades del análisis FODA, por ejemplo: "no suele respetar horarios" o "debería vestirse acorde a la función"

Motivacionales y pasaron a la columna de fortalezas, por ejemplo: "excelente profesional" o "muy buen compañero de trabajo".

### CONCLUSIONES

Realizar una Evaluación de Desempeño en formato 360 no implica gran esfuerzo organizativo si se utilizan tecnologías al alcance de la mano para todos los agentes. Este tipo de evaluaciones resultan beneficiosas para la organización ya que amplían la participación de los individuos en la misma pudiendo expresar opiniones y recibir retroalimentaciones. El modelo puede ser fácilmente aplicable en organismos de salud.



**VACUNAS PARA EMBARAZADAS**  
¡Nueva incorporación al Calendario!

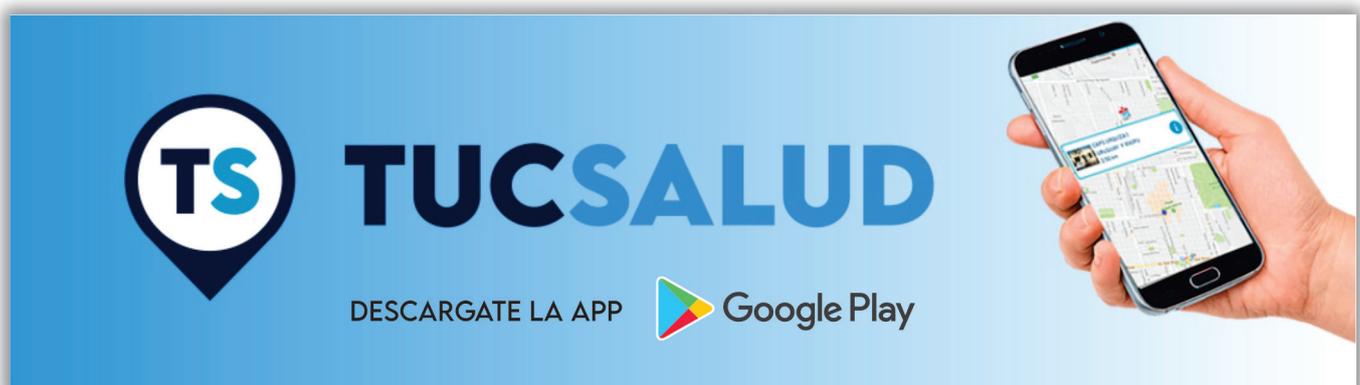
Vacuna contra el **VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO**

**Única dosis**  
Entre las 32 y las 36 semanas y 6 días.

Acercate al vacunatorio más cercano a tu domicilio

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex.* 2011;53(suppl 2):s96-s109.
2. Rivero-Remírez Y. Evaluación del desempeño: tendencias actuales. *Rev Arch Med Camagüey.* 2019;23(2):159-164.
3. Chiavenato I. Evaluación del desempeño humano. 2016.
4. Llapa-Rodríguez EO, Oliveira JKAd, Lopes Neto D, Campos MPA. Evaluación del liderazgo de enfermeras por auxiliares y técnicos de enfermería según el método de retroalimentación de 360 grados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):29-36. doi: 10.1590/1983-1447.2015.04.50491.
5. Cid de León C, Vázquez y González S, Montesinos A, Espejo Martínez A, Castañeda Martínez E, Martínez Martínez R. Revisión de evaluación 360 grados aplicada en la educación superior. *EUREKA: Social y Humanidades.* 2020;(3):27-35. doi: 10.21303/2504-5571.2020.001313
6. Palis AG, Golnik KC, Mayorga EP, Filipe HP, Garg P. The International Council of Ophthalmology 360-degree assessment tool: development and validation. *Can J Ophthalmol.* 2018 Apr;53(2):145-149. doi: 10.1016/j.jco.2017.09.002
7. Donnon T, Al Ansari A, Alawi S, Violato C. The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment: A Systematic Review. *Acad Med.* 2014;89:10.1097/ACM.0000000000000147
8. Correa Fernandez DP, Gonzalez Gallardo C. Uso de la evaluación en 360 grados para medir competencias en residentes de programas de postítulo de especialidades médicas: Use of the 360-degrees assessment tool to assess competencies in residents of postgraduate programs of medical specialties: A literature review. *ARSMEDICA Rev Cienc Méd.* 2020;45(1):26-31. DOI: 10.11565/arsmed.v45i1.1562
9. Sadati L, Askarkhah A, Hannani S, Moazamfard M, Abedinzade M, Alinejad PM, ... & Arabkhazaei A. Assessment of staff performance in CSSD unit by 360 degree evaluation method. *Asia Pac J Health Manag.* 2020;15(4):71-77
10. Romero Chico RA. Reflexión Crítica de la Administración del Desempeño. *Rev Publicando.* 2015;2(2):35-51. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/21>
11. Mentz S, Torres S, Aden S. OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (Vol. XVII, 2015). Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán
12. Granados Barzola NF, Vega Chica M. REVISIÓN DOCUMENTAL SOBRE LA APLICACIÓN DE EVALUACIONES DE DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LATINOAMÉRICA
13. Kanasian EK, Iyem C. Is 360 Degree Feedback Appraisal an Effective Way of Performance Evaluation?. *Int J Acad Res Bus Soc Sci.* 2016;6(5)
14. Monroy R, Hauskour M, Flores N, González Arias L, Lorente C. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN FORMATO 360° EN EL HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN "Dr. Miguel Belascuain". *Invest Salud.* 2021;IV(2):15-20
15. Humphrey-Murto S, Wood TJ, Ross S, Tavares W, Kvern B, Sidhu R, Sargeant J, Touchie C. Perlas de evaluación para la educación médica basada en competencias. *J Grad Med Educ.* 2017;9(6):688-691. doi: 10.4300/JGME-D-17-00365.1
16. Jani H, Narmawala W, Ganjawale J. Evaluation of competencies related to personal attributes of resident doctors by 360 degree. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(6):JC09
17. Nurudeen SM, Kwakye G, Berry WR, Chaikof EL, Lillemoe KD, Millham F, Rubin M, Schwaitzberg S, Shamberger RC, Zinner MJ, Sato L, Lipsitz S, Gawande AA, Haynes AB. Can 360-Degree Reviews Help Surgeons? Evaluation of Multisource Feedback for Surgeons in a Multi-Institutional Quality Improvement Project. *J Am Coll Surg.* 2015;221(4):837-844. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.06.017
18. Yamani N, Moosavi SA, Alizadeh M, Khorvash F, Ghiasi M. A 360-degree performance evaluation of emergency medicine ward in Alzahra Hospital. *J Pak Med Assoc.* 2012 Mar;62(3 Suppl 2):S13-7. PMID: 22768450
19. Mohammadpour S, Sheykhbumasudi R, Bakhshi Mohammadi M, Yusefi S, Rezazadeh A, Shaabani Y. Evaluating the Performance of Isa Ibn Maryam Hospital, in Isfahan University of Medical Sciences based on quality management indicators with a 360 Degree feedback approach. *Manag Sci Health Econ Res Cent.* 2018;2(1):26-33
20. Yazdankhah A, Norooz MT, Amoli HA, Aminian A, Khorvash Z, Khashayar P, Khashayar P. Using 360-degree multi-source feedback to evaluate professionalism in surgery departments: An Iranian perspective. *Med J Islam Repub Iran.* 2015;29:284
21. Tumerman M, Carlson LM. Increasing medical team cohesion and leadership behaviors using a 360-degree evaluation process. *WMJ.* 2012 Feb;111(1):33-7. PMID: 22533214
22. González-Gil MT, Parro-Moreno AI, Oter-Quintana C, González-Blázquez C, Martínez-Marcos M, Casillas-Santana M, Arlandis-Casanova A, Canalejas-Pérez C. 360-Degree evaluation: Towards a comprehensive, integrated assessment of performance on clinical placement in nursing degrees: A descriptive observational study. *Nurse Educ Today.* 2020 Dec;95:104594. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104594. Epub 2020 Sep 11. PMID: 32979748



**TS TUCSALUD**

DESCARGATE LA APP  Google Play

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES. CIC. LA LOMA (JUJUY)

### ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN PATIENTS OF OLDER ADULTS. CIC. LA LOMA (JUJUY)

Autores: María Enríquez<sup>1</sup>; Margarita, Abraham<sup>2</sup>

Instituciones: <sup>1</sup>Hospital Oscar Orias, Centro Integrador Comunitario La Loma (San Salvador de Jujuy) <sup>2</sup>Dirección de Investigación en Salud. Ministerio de Salud Pública. Tucumán.

Mail: mabraham79@gmail.com

#### RESUMEN.

La hipertensión arterial constituye actualmente un importante problema para la Salud Pública. Los avances realizados en detección, tratamiento y control, no son suficientes, ya que la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos se ha intensificado. En el Centro Integrador Comunitario (C.I.C) "La Loma" de Libertador General San Martín (Jujuy), entre el periodo marzo- septiembre 2014, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una población de 121 pacientes con hipertensión arterial; de los cuales se seleccionaron 25 pacientes entre 20 a 64 años de edad, atendidos en la guardia del puesto de salud. Quedando los mismos asentados en el Registro Anual Médico de Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular y Diabetes. Se aplicaron para estos casos, el test de Morisky- Green y Levine, el test de Batalla y el Cuestionario de M.B.G. (Martin Bojarre- Grau). De los mismos se obtuvo 52% fueron del sexo masculino, casados, con nivel de escolaridad primaria y la mayoría de la población en estudio sin cobertura social. Teniendo como respuesta al test de Morisky – Green y Levine, en el 80% hay descuido de la hora para tomar su medicamento, con un riesgo cardiovascular global moderado, que no quiere decir que están exento de sufrir episodios mortales o no. Con el test de Batalla, los pacientes conocen sobre las complicaciones que se pueden presentar al no controlarse la presión arterial. Este resultado nos muestra una baja adherencia de los pacientes con tratamiento antihipertensivo influyendo enormemente en la calidad de vida de quienes la padecen.

**PALABRAS CLAVE:** Adherencia, Hipertensión Arterial, Tratamiento, Autocuidado

#### SUMMARY.

High blood pressure is currently an important problem for Public Health. The advances made in detection, treatment and control are not enough, since the therapeutic adherence in hypertensive patients has intensified. In the health area, C.I.C. The Loma de Libertador General San Martín, between the period March-September 2014. A descriptive study was carried out cross-sectionally in a population of 121 patients with arterial hypertension; of which 25 patients between 20 to 64 years of age were selected, assisted in the guard of the health post, and the same were placed in the Annual Medical Record of Patients with Cardiovascular Risk Factors and Diabetes. According to the records, the Morisky-Green and Levine test, the Batalla's test and the M.B.G. (Martin Bojarre- Grau) of these, 52% were male, married, with a primary level of education and while the majority of the study population is without social coverage. In response to the Morisky test - Green and Levine, in 80 % there is negligence in compliance when taking medications, with a moderate global cardiovascular risk, which does not mean that they are exempt from fatal episodes. However, it could be observed that in the Batalla's test, patients are not unaware of the complications they can occur, because the blood pressure is not controlled. This results shows a low adherence in patients with antihypertensive treatment, greatly influencing the quality of life of those who suffer from it.

**KEY WORDS:** Adherence, Arterial hypertension, Treatment, Self care

#### INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enmarca en el área de Adherencia, Hipertensión Arterial y Autocuidado. Se describe la adherencia al tratamiento anti-hipertensivo en pacientes de 20 a 64 años, en Libertador General San Martín, en el servicio de guardia del CIC LA LOMA, con dependencia del Hospital Regional Oscar Orias. Jujuy.

El origen de este trabajo se vincula, a la falta de continuidad en el seguimiento de los pacientes diagnosticados como hipertensos, que no continúan con el tratamiento asignado y no asisten a la consulta médica programada.

Por lo tanto, se consideró que el incumplimiento al control médico es

uno de los principales factores debido a que dificulta la práctica de las prescripciones médicas.

Las posibles causas, según Dilla, Valladares, Lizan y Sacristán, pueden ser:

- **Razones relacionadas con el paciente**, entre otras son: la edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, también el tipo de personalidad, pueden ser un posible factor que condicionan el resultado del tratamiento.
- **Razones relacionadas con el fármaco:** Es entre los más frecuente la interrupción al tratamiento debido a la aparición de efectos adver-

sos, y es una de las causas más comunes de incumplimiento.

- **Razones relacionadas con la enfermedad:** En este caso, como enfermedad crónica es la Hipertensión Arterial.
- **Razones relacionados con el profesional sanitario:** La comunicación médico – paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico.

Vinculado a este problema en cuanto a su reconocimiento, y abordaje, es de gran importancia reconocer que los factores de riesgo cardiovasculares forman parte de los lineamientos de esta investigación, por la alta prevalencia de los mismos, tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo en nuestra sociedad.

El objetivo fundamental del tratamiento no solo debe estar dirigido a normalizar las cifras tensionales a menos de 140/90mmHg. Sino que paralelamente se deben corregir todos los factores de riesgo.

Una de las primeras cuestiones que se pone de manifiesto, es determinar la adherencia de los pacientes hipertensos, para actualizar datos y confeccionar las historias clínicas de los mismos. Respondiendo al mandato, de captar y/ o mejorar los datos sobre los pacientes diagnosticados como hipertensos y con tratamientos prescripto. Durante el 2017, es importante resaltar que se realizaron las nuevas Guías Argentina de Hipertensión Arterial, con el resultado de un trabajo mancomunado de tres sociedades científicas, (Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología y Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. El Doctor Ramiro Sánchez, jefe de la unidad metabólica del hospital universitario Fundación Favarolo (TLUFF), remarco que en el mundo mueren 10 millones de personas anualmente a causa de la hipertensión arterial, que es el principal factor de riesgo de muerte, provocando accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, y otras complicaciones como insuficiencia cardiaca.

Por lo antes expresado, el tema que se aborda es vigente por tratarse de una enfermedad crónica en donde se requiere que el control de la Hipertensión Arterial se efectúe de manera periódica y continua. Por lo que resulta necesario que el equipo de salud realice seguimiento, brinde confianza y seguridad al paciente para que pueda expresar su realidad, sus preocupaciones y su nivel de concientización sobre la enfermedad y adherencia a un tratamiento oportuno.

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de pacientes de ambos sexos entre 20 a 64 años de edad del servicio del, C.I.C. La Loma, Libertador General San Martín, marzo-septiembre 2014.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a los pacientes con hipertensión arterial.
- Indagar sobre los diversos factores de riesgo: tabaquismo, sobrepeso, sedentarismo, dislipidemia, entre otros.

- Identificar las variables prevalentes en la falta de adherencia al tratamiento.
- Determinar las actividades de autocuidado que realizan estos tipos de pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, a partir de marzo-septiembre, año 2014. Para la realización de este estudio se seleccionó el Centro de Integración Comunitario (CIC) La Loma. El mismo se encuentra ubicado en Libertador General San Martín (Jujuy), donde existe un hospital cabecera de alta complejidad, con una amplia gama de cobertura médica en todas las especialidades. A su vez cuenta con siete centros de salud, además del CIC La Loma. El mismo está integrado por los siguientes barrios: Hipotecario, 60 Viviendas, 80 Viviendas, Cristo Rey, Santo Tomas De Aquino, 40 Hectáreas y 28 de julio. La población estuvo conformada por 103 pacientes hipertensos de los diferentes sectores del área de cobertura del C.I.C. (centro integrador comunitario) La Loma. La muestra fue aleatoria simple. Total, de la muestra: 25 pacientes, atendidos en la guardia del CIC, en el primer nivel de atención.

### **Consideraciones éticas**

Se solicitó autorización a los Directores del área operativa y del C.I.C. La Loma, para recabar información. Los pacientes que participaron dieron el consentimiento voluntario. Previamente se les explicó de manera clara, objetiva y precisa, el propósito del estudio. Asimismo, los alcances del manejo de la información recolectada, la confidencialidad, privacidad y anonimización que se encuentra preservada con lo estipulado en la Ley 17.622 de Resguardo del Secreto Estadístico garantizando que la información que se presenta mantenga el carácter confidencial y reservado del informante.

### **Variables evaluadas**

#### **1. Características sociodemográficas del paciente con hipertensión arterial.**

**EDAD:** Para el presente estudio se tomó como edad, los años cumplidos que expreso el paciente, al registrar en el instrumento.

**GENERO:** Para el presente estudio se tomó como genero lo que manifestó el paciente, al registrar en el instrumento.

**PESO:** Para fines del presente estudio se pesó al paciente en una báscula, en el momento de registrar en el instrumento.

**TALLA:** Para el presente estudio se midió al paciente de pie, sin zapatos con un estadimetro en el momento de registrar en el instrumento.

**ESTADO CIVIL:** Para el presente estudio se tomó como estado civil lo que expreso el paciente al registrar en el instrumento.

**ESCOLARIDAD:** Para el presente estudio se tomó como escolaridad a lo que expreso el paciente al registrar en el instrumento.

**OCUPACION:** Para el presente estudio se tomó como ocupación lo que

expreso el paciente al registrar en el instrumento.

**COBERTURA SOCIAL:** Para el presente estudio se tomó como cobertura social lo que expreso el paciente al registrar en el instrumento.

## 2. Factores de Riesgo

**OBESIDAD:** Se consideró como grado de obesidad en base al índice de masa corporal (IMC).

**TABACO:** Se consideró el consumo de tabaco de acuerdo a lo expresado por el paciente al registrar en el instrumento.

**SEDENTARISMO:** Se consideró sedentarismo en el paciente que respondió a la pregunta en el momento de registrar en el instrumento.

**DISLIPIDEMIA:** Se registró dislipidemia, previa revisión de análisis de sangre del paciente.

**HIPERTENSION ARTERIAL:** Para el presente estudio sobre la enfermedad hipertensión arterial, se utilizó el test de Batalla. Este test consta de tres preguntas para evaluar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad.

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD:** Para el presente estudio se registró, como tiempo de evolución de la enfermedad a lo que expreso el paciente en el momento de registrar en el instrumento.

**DIABETES:** Se registró presencia de diabetes según lo manifestado por el paciente al registrar en el instrumento.

## 3. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo

Para el presente estudio de la adherencia se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine. Este test consta de cuatro preguntas que permite clasificar a los pacientes en, adherentes (ADH) y no adherentes (NAD).

## 4. Autocuidado

Tratamiento higienico-dietético: Para el presente estudio se registró según lo manifestado por el paciente al registrar en el instrumento.

### Procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables bajo estudio, se codificaron las respuestas con valores numéricos para su análisis estadístico y se determinó el resultado de las diferentes variables y el posterior análisis de la asociación que pudiera existir entre las variables de interés que fueron representadas en tablas y gráficos.

### Instrumentos de medición

Los datos se recolectaron a través de cuestionarios y test. Para medir la adherencia al tratamiento se realizó el test de Morisky-Green-Levine. Este es un método indirecto de recolección basado en una entrevista voluntaria al paciente, esta validado para diversas patologías crónicas. Consiste en cuatro preguntas con categoría dicotómicas para su respuesta. Donde se consideran adherentes (ADH), a quienes contestan no a las

cuatro preguntas. No adherentes (NAD), a quienes contestan si a uno o más.

También se realizó el Test de Batalla, que permite valorar el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad, hipertensión arterial. Este test consiste en realizarle al paciente tres preguntas acerca de su enfermedad. Una respuesta incorrecta califica al paciente como incumplidor. Ambos instrumentos están validados para el estudio de esta enfermedad.

Se realizó también, un cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG (Martin-Bojarre-Grau) dirigida a los pacientes con Hipertensión de un año de diagnóstico, con tratamiento terapéutico de 20 a 64 años de edad. La misma está conformada de 12 afirmaciones, que le da al paciente, la opción de respuesta en una escala lickett, compuesta por cinco posibilidades que van, desde siempre, hasta nunca con una cruz las respuestas.

Además, el cuestionario recoge datos generales del paciente (nombre y apellido, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico indicado.)

La calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que mide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 a 17 puntos. De modo que se puede cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de Adherencia al Tratamiento: TOTAL- PARCIAL y NO ADHERIDO.

Para calcular la puntuación obtenido por cada paciente se asignó el valor 0 o la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre. Siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Se utilizó el Registro de Riesgo Cardiovascular Global (RCVG), para la historia clínica del paciente ambulatorio. Su utilización fue fundamental, para el seguimiento del adulto e imprescindible en el caso de personas con enfermedad crónica para facilitar la continuidad en la atención. Su llenado resulto rápido y sencillo. Se anexo a la historia clínica del paciente con diabetes y riesgo cardiovascular leve, moderado o alto, permitió así, el seguimiento del paciente, también sirvió como recordatorio de las intervenciones que debían realizar.

### RESULTADOS

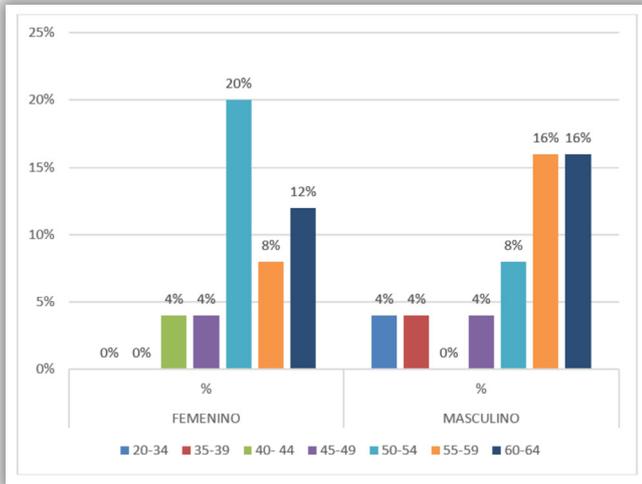
Se realizó este estudio durante los meses marzo-septiembre 2014, en pacientes de ambos sexos, de 20 a 64 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en el servicio de guardia de A.P.S. (atención primaria de la salud), del C.I.C. (centro integrador comunitario) La Loma.

Seguidamente se presentan y analizan los datos en base a los instrumentos utilizados:

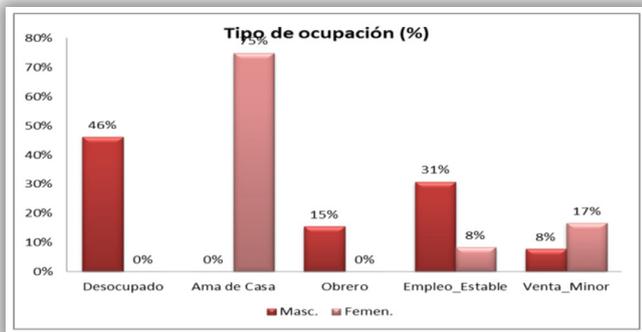
- Registro Medico Anual de Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular y Diabetes.
- El Test de Batalla.

- El Test de Morisky- Green y Levine.
- El Cuestionario de MBG (Martin –Bojarre-Grau).

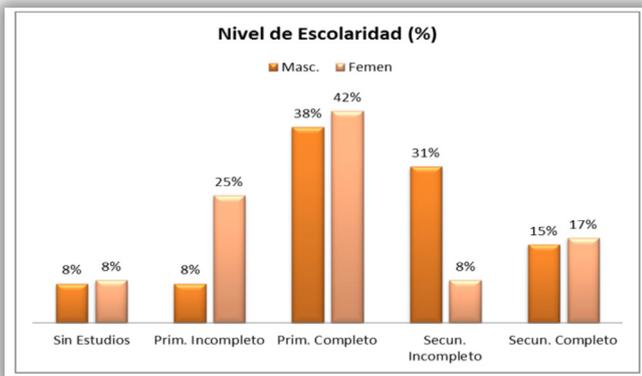
**Análisis de las Variables Sociodemográficas del Paciente con Hipertensión Arterial**



**Gráfico 1.** Pacientes hipertensos de 20 a 64 años de edad, atendidos en la guardia de A.P.S. según edad. (n=25)

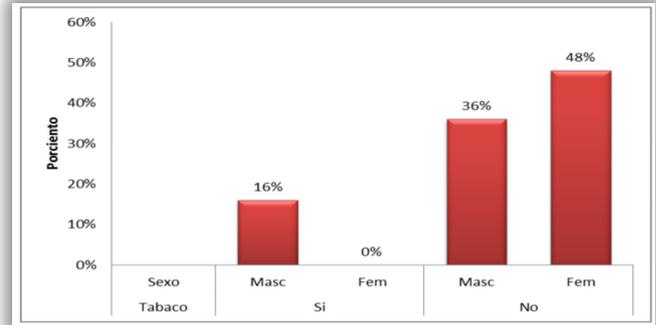


**Gráfico 2.** OCUPACION, pacientes atendidos en la guardia de A.P.S. del C.I.C. LA LOMA. (n=25)

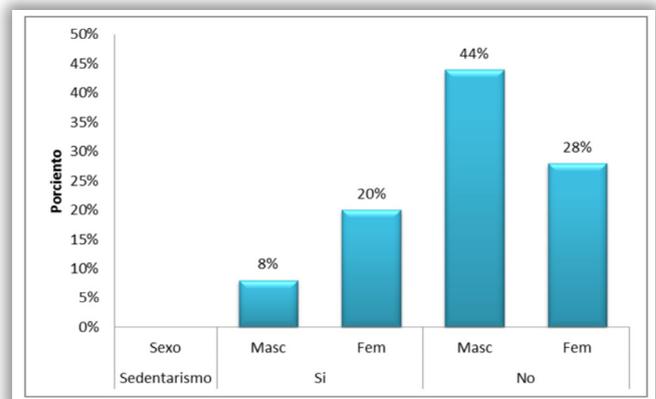


**Gráfico 3.** NIVEL DE ESCOLARIDAD, pacientes atendidos en la guardia de A.P.S. del C.I.C. (centro integrador comunitario) LA LOMA. (N=25)

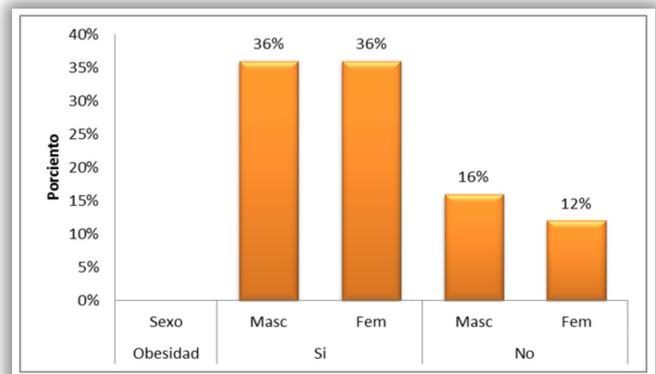
**Análisis de los Factores de Riesgo en el Paciente con Hipertensión Arterial**



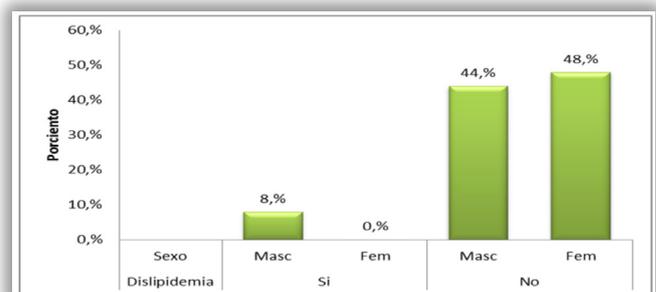
**Gráfico 4.** PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA HTA Y POR SEXO: TABACO (n=25)



**Gráfico 5.** PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA HTA Y POR SEXO: SEDENTARISMO (n=25)



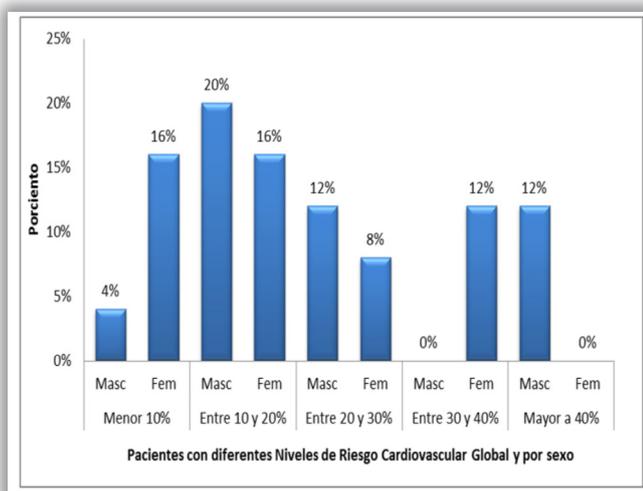
**Gráfico 6.** PACIENTES CON FACTORES DE RIESGOS ASOCIADO A LA HTA Y POR SEXO: OBESIDAD (n=25)



**Gráfico 7.** PRESENCIA DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES HTA POR SEXO (n=25)

TEST DE BATALLA	RESP.	Nro.	%
1-Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	SI	25	33%
	NO	0	0%
2-Se puede controlar con dieta y medicación?	SI	25	33%
	NO	0	0%
3-Cite 2 o más órganos que pueden dañarse con la presión elevada.	SI	25	33%
	NO	0	0%
<b>TOTAL</b>		<b>75</b>	<b>99%</b>

**Tabla 1.** TEST DE BATALLA (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad): HIPERTENSION ARTERIAL.



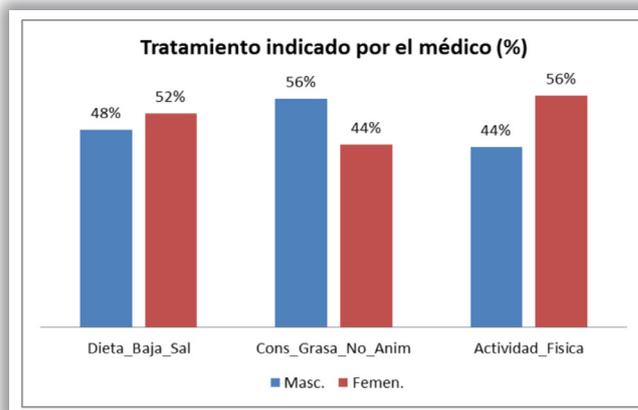
**Gráfico 8.** DISTRIBUCION: PACIENTES CON DIFERENTE NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL POR SEXO (n=25)

**Análisis de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo**

TEST DE MORISKY-GREEN Y LEVINE	RES.	CANTIDAD	%
¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?	SI	13	52%
	NO	12	48%
¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la Medicación?	SI	20	80%
	NO	5	20%
Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la Medicación?	SI	11	44%
	NO	14	56%
Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?	SI	13	52%
	NO	12	48%
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	<b>100%</b>

**Tabla 2.** Resultado de los pacientes al Test de Morisky-Green y Levine.

**Análisis sobre el Autocuidado en el Paciente con Hipertensión Arterial**



**Gráfico 9.** DISTRIBUCION TRATAMIENTO HIGIENICO- DIETETICO (n=25)

**Análisis del Cuestionario de MBG (Martin-Bojarre-Grau) por cada pregunta**

Tabla de Valores alcanzado por Preguntas y por Tipo de Respuesta					
Preguntas	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
Toma Medicina en Horario	4	4	8	5	4
Toma Total de Medicación	17	3	2	1	2
Cumple con la Dieta	1	0	8	6	10
Asiste al Control Programado	1	4	12	5	3
Realiza Actividad Física	1	0	7	6	11
Acom HorMedVida diaria	3	7	7	6	2
DecideConjunt con Medico	0	1	5	14	5
Cumple HorTratSin Supervic	3	7	5	6	4
Cumple HorTratSin Esfuerzo	5	11	3	3	3
Utiliza_Recordatorio P/Tratam	2	1	3	10	9
Hay Análisis Trat. con Medico	1	0	4	20	0
Puede Decidir Sobre el Tratam.	1	1	13	10	0
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>77</b>	<b>92</b>	<b>53</b>

**Tabla 3.** RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE MBG (Martin-Bojarre- Grau)

**DISCUSIÓN**

En el presente trabajo de investigación, la información obtenida es importante debido a que, la enfermedad estudiada en esta población es decir la hipertensión arterial, es la principal causa de morbilidad y representan un problema de salud pública.

Por otra parte, la hipertensión arterial y diabetes, diversos estudios han comprobado que estas afecciones aumentan las enfermedades cardíacas en la población adulta.

También se conocieron los múltiples factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Como nos dice Marlín Solórzano (2015) la falta de adherencia va desde actos involuntarios como un simple olvido o la confusión en la toma del medicamento hasta situaciones voluntarias como dejar de tomarlo o bien considerarlo al tratamiento innecesario.

Con respecto a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se trabajó con el test de Morisky-Green-Levine, donde se mostró el descuido de la hora al momento de tomar la medicación. Estos resultados fueron comparables con los de Cueva L. (2011), reportan que el olvido y el descuido del horario de toma de la medicación, esto genera los principales problemas de la salud. A través del cuestionario de Martin-Bojarre-Grau, se pudo observar sobre el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial, en lo que se evidencio que el paciente a veces toma su medicamento en el horario establecido. En comparación con la investigación de María Jose Orbea (2017), se encuentra similitud en los 83 pacientes encuestados, 35 personas que corresponden al 42% mencionan que a veces toman la medicación en el horario establecido. Se concluye que casi la mitad de encuestados toman su medicamento en diferentes horarios a lo indicado.

También manifestaron que siempre toman toda la dosis indicada. Comparando con el trabajo de Maldonado Francisco, V.V (junio 2016), se observa similitud con el resultado obtenido. De los 322 pacientes encuestados, 200 personas le corresponden 62,1% siempre, toman toda la medicación.

Otra respuesta fue que nunca cumplen con las indicaciones de la dieta, el cual difiere, con el trabajo de investigación de María José Orbea (2017), ya que de los 83 pacientes encuestados un 43% indican que casi siempre cumplen con las indicaciones relacionadas a la dieta.

En cambio, en el trabajo de investigación de Maldonado F. (2016), el 44,1% a veces cumplen con las indicaciones.

Otras respuestas dadas fueron que a veces, asisten a las consultas médicas programadas. Comparando con el trabajo de investigación de María Jose Orbea (2017), presenta similitud con nuestros resultados. De los 83 encuestados, el 47% responde que a veces, asisten a las consultas de seguimiento programadas.

Otra respuesta fue que nunca realizan los ejercicios físicos indicados, A diferencia de la investigación de Orbea (2017), de los 83 encuestados, el 41 % afirma que a veces realizan los ejercicios físicos indicados.

Otras respuestas reflejaron que a veces algunos pacientes, mientras que otros casi siempre acomodan sus horarios de medicación. Comparando con la investigación de María Jose Orbea (2017), guarda similitud con nuestros resultados, ya que de los 83 encuestados, el 40% a veces aco-

moda sus horarios de medicación acorde a las actividades de su vida diaria, el 39 %. Como es medible en los resultados, la mayoría de los pacientes, no pueden acomodar sus horarios de medicación con su rutina diaria, es por ello que los pacientes no cumplen con su medicamento. Otra respuesta obtenida fue que casi nunca deciden conjuntamente con su médico sobre el tratamiento a seguir. De modo tal difiere con, los resultados de investigación de María Jose Orbea (2017), de los 83 encuestados, el 48% nunca deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir.

También se registró que casi siempre cumplen el tratamiento sin supervisión de un familiar o amigo. A diferencia de la investigación de María Jose Orbea (2017). De los 83 encuestados, el 39% a veces cumplen con el tratamiento sin supervisión de un familiar o amigo.

En base a estos resultados los pacientes casi siempre dependen de la supervisión de otros, haciendo una diferencia a los resultados de Orbea (2017), donde los pacientes a veces necesitan de la supervisión de otros. Continuando con las respuestas obtenidas, casi siempre llevan a cabo el tratamiento, sin realizar esfuerzos. A diferencia de la investigación de Maldonado Francisco V.V. (2016), presenta un 61,2% corresponde a siempre.

Otras respuestas vertidas, casi nunca utiliza recordatorio para su medicación. Comparando con el trabajo de investigación de Orbea (2017) guarda similitud con los resultados ya que, se obtuvo, de los 83 encuestados, el 39% casi nunca utiliza recordatorios.

También se dio que casi nunca analizan como cumplir con el tratamiento impartido por su médico. A diferencia del trabajo de investigación de Orbea (2017), los resultados fueron, de los 83 encuestados, el 35% nunca analizan sus tratamientos con el médico. La autora considera que este aspecto debe ser considerado en las acciones encaminadas a la reducción del problema y mejora de la calidad de la atención al paciente hipertenso.

Como ultima respuesta se dio que a veces tienen posibilidad de manifestar su aceptación. Los datos de investigación vertidos por Orbea (2017), dieron como resultados el siguiente porcentaje: De los 83 encuestados, el 36% a veces tienen posibilidad de manifestar su aceptación.

La información recogida sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo, es de baja adherencia. Esto nos lleva a pensar, sobre la importancia del problema de salud de nuestra población, encaminándonos a un abordaje multidisciplinario; no solo con el esfuerzo de todos sino asumiendo el compromiso del paciente, con respecto a su autocuidado, como nos dice la escritora Dorothea Orem, "El autocuidado no es innato, sino que se desarrolla a lo largo de la vida".

## CONCLUSIÓN

En nuestra zona del norte de Jujuy, específicamente Libertador General San Martín, existen pocos estudios que han evaluado la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial en una población de 20 a 64 años de edad.

La presente investigación quedara como precedente en la zona, ya que el primero en realizarlo fue el Centro Integrador Comunitario (CIC) La Loma, del Primer Nivel de Atención.

Los datos recogidos del mismo, confirman la importancia de la detección, prevención, e identificación de los factores de riesgos que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, es por ello que dicho trabajo se realizó en el mencionado ámbito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 0- AAC (AHA) AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/A. Toma de posición frente a las nuevas guías de prevención, detección, evaluación y manejo de la hipertensión arterial en adultos. nov. 2017
- 1- Acuaz Alejandra. Ministerio de Salud. Abordaje Integral de Personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
- 2- Aguado Fabián Emma, Arias Guisado María, Sarmiento-Almidón Gabriela, Danjoy-Leon delia. Asociación entre conocimiento y Autocuidado sobre Hipertensión Arterial en Pacientes Hipertensos, consultorio de Cardiología, Hospital Nacional. 2014;7(2):132-139
- 3- Andrea Osacar Hernández. (Dir.) Francisco C. Ibáñez Moya. Hipertensión Arterial: Adherencia al tratamiento. (tesis de grado). Pamplona- (España). 2016
- 4- Aníbal Velázquez Valdivia. Guía de práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva (MINSa). Lima – Enero 2015
- 5- Autocuidado de la salud- Bot. Plus- Portalfarma, Una cuestión de capital importancia: la adherencia terapéutica. Agosto. 2016 <http://botplusweb.portalfarma.com>
- 6- Bach, Garro Orihuela, Blanca. Factores de riesgo y la adherencia al tratamiento Antihipertensivo en Adultos. (Dir. Castro Amancio, Ana María). Lima-Perú. 2017. Disponible: [repositorio.uigv.edu.pe](http://repositorio.uigv.edu.pe)
- 7- Barrionuevo María Emilia, Padrones María Elisa. Ministerio de Salud. Abordaje Integral de Personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Unidad Temática 6. Apoyo al automanejo
- 8- Begue, C. Galante, M., et al. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles. Ministerio de Salud. República Argentina Disponible:
- 9- Berta Itamar Bravo Campo verde. (Dir.). Rolando Asís Bonilla Valdivieso. "Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. (tesis de grado) Loja- (Ecuador). 2017
- 10- Carbajal Arboleda Mishel, García Yáñez Alan Rafael. Riesgo Cardiovascular: Análisis Basado en las Tablas de Framingham en pacientes asistidos en la unidad ambulatoria. 2017; 25, (1): pp20-30.
- 11- Cueva Laura, Edgar Basilio. Adherencia al tratamiento farmacológico Antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E. de Cardiología del Hospital Unanue de Tacna, febrero 2011.
- 12- Czubaj, Fabiola. El 42% de los argentinos adultos sufren hipertensión crónica. La Nación. Abril. 2013. <https://www.lanacion.com.ar>
- 13- D. Urso Villar, Marcela, Abrahan, Margarita. Estudio de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y sus determinantes de Salud en San miguel de Tucuman. Tafi Viejo. Segundo número. Periodo de publicación cuatrimestral. Volumen I- N 2. Diciembre 2017. ISSN2591-3026 PRINT ISSN2591-5908 ONLINE.
- 14- Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. Herramientas para la consulta. Disponible: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)
- 15- Dulong Zanelli, Miguel Angel. Asociación entre apoyo social y Adherencia Terapéutica en Hipertensos mayores de 65 años. Tesis de grado. Trujillo-Perú. 2016. Disponible:
- 16- García Campo Fernanda; Guzmán Gelis, Melisa; Tapia Meza, Carmen. Capacidad de Agencia de Autocuidado de los pacientes Hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención. Cartagena. 2014
- 17- Gijon-Condé T, et al. Documento de la sociedad Española de Hipertensión –Liga Española para la lucha contra la hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens. Riesgo Vasc. 2018. <http://dx.doi.org/10.18.359/rmed.1949>  
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2185>  
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04001>.
- 18- Ibarra Barrueta, Olatz. Morillo Verdugo. Ramón. Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento. Edición patrocinada por Boehringer Ingelheim. 2017
- 19- Ingarano Roberto A. Guía de la sociedad argentina de hipertensión para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial. Chubut.
- 20- Ingrassia, Victor. Preocupa el incremento de la hipertensión arterial en argentina: cómo prevenirla y controlarla. Mayo. 2018.

- 21- Libertad, Martín Alonso; D. Bayarre Vea, Héctor; Grau Abalo, Jorge, A. Valoración del cuestionario MBG (Martín- Bayarre- Grau) para evaluar la adherencia en hipertensión arterial. *Rev. Cubana Salud Pública* v.34n.1 ciudad de la Habana en.-mar.2008
- 22- Limaylla la Torre, Maribel Lilia. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes Adultos mayores con Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III. Huaycan-EsSalud (tesis de grado). Dir. Ramos Ceballos Norma Julia. Lima- Perú. 2016 Disponible: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5273>  
[www.msal.gov.ar/www.indec.gov.ar.indec.Argentina.2015](http://www.msal.gov.ar/www.indec.gov.ar.indec.Argentina.2015)
- 23- Loachamin Huertas. Rafael, Santiago. Lata Cando, Fabricio Xavier. (Dir.) Sánchez Jorge. Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de cardiología del hospital Eugenio Espejo. (tesis de grado). Quito. Abril 2015.
- 24- Maldonado, Francisco, Vásquez Hugo, Morales Loera, Ortega Margarita. Prevalencia de Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del Cuestionario Martín-Bayarre-Grau. Abril-Junio 2016. Pag.48-52 Volumen 23.
- 25- Martínez, P. (2012). Adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico: Una comprensión desde las teorías subjetivas. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137643>.
- 26- Medina Gutiérrez Rayda, Rojas Morales, Yessica y Vilcachagua Castillo Janneth Ester. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial.(tesis de grado). Dir. Vaiz Bonifaz Rosa. Lima-Peru.2017.Disponible: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/775>
- 27- Ministerio de Salud. Cobertura Universal de Salud. Convocatoria a proyectos de Investigación en Implementación para la reducción del impacto de las Enfermedades Crónicas no transmisibles. 2018
- 28- Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Manual para el cuidado integral de personas adultas en el primer nivel de Atención.
- 29- Nasaría Beatriz Chávez Saucedo. Grado de Adherencia Terapéutica en pacientes hipertensos. (tesis de grado). Trujillo-(Perú) Octubre 2017-Enero 2018
- 30- Ofman, Silvia Deborah; Pereyra Girardi, Carolina Iris; Stefani, Dorina; Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamientos diferencias según género; Promolibro; Boletín de Psicología; 108; 7-2013; 91-106.Disponible: <http://www.uv.es/seoane/boletín/previos/N108-6.pdf>.
- 31- Ibarra Barrueta Olatz - Ramón Morillo Verdugo - Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento – Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- 32- Orbea Tobar Maria Jose. Oliva Torres Elisabeth del Carmen. Factores que influyen sobre la Adherencia Terapéutica en la Hipertensión Arterial del Adulto Mayor ,residente en la parroquia Cunchibamba. Abril- Junio 2017.
- 33- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial, Ginebra (Suiza). WHO/DCO/WHO/2013.2
- 34- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Las Enfermedades no Transmisibles, un problema de Salud de Primer Orden para el siglo XXI. E. Disponible: [www.who.int](http://www.who.int).20 avenue Appia, 1211, Ginebra 27. Suiza. pág. 34-35
- 35- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no Transmisibles. Junio. 2018. Disponible: <https://www.who.int>.
- 36- Pomares-Avalos A, Vázquez- Núñez M, Ruiz-Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay /revista en internet*.2017/citado 2017 jul 25; 7(2):aprox. 7 p./ Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
- 37- Rodríguez Chamorro Miguel Ángel. Efecto de la actuación Farmacéutica en la Adherencia del Tratamiento Farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. (Tesis de grado). ED. Universidad de Granada.
- 38- Rodríguez Chamorro, M.A.; García Jiménez, E. et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2009; 11(4): 183-191.
- 39- Rueda Vidarte, Yhonathan Jesús. Adherencia al tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo. (Tesis de grado) Dir. Sotelo Gómez Emilio. Piura- Perú. 2018 Disponible: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1170>
- 40- Sánchez Aguilar Aníbal. INEI (instituto nacional de estadística e informática). Lima. Mayo. 2017
- 41- Solórzano Martín. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad Hospitalaria Dr: Enrique Tejera. Enero-Mayo 2015.
- 42- Steren, Patricia. Perfil de salud de la provincia de Jujuy, una introducción sobre la situación general. Ministerio de salud.2013.
- 43- Tatiana Silla, Amparo Valladares, Luis Lizan y José Antonio Sacristán. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. 2009, 41 (6): 342-348. Disponible en: [www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)
- 44- Una receta para tu corazón: La importancia de la adherencia a los medicamentos antihipertensivos. Disponible: [www.unarecetaparatucoazon.com](http://www.unarecetaparatucoazon.com)
- 45- Valdivieso Maygua, Mónica A., Garzón Vera, Carla Noemí Llumiguano y Chimbo, María Yesenia. Cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Edit. Universidad Nacional de Chimborazo. Yaruquies. Riobamba- Ecuador 2017. Disponible: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4132>.
- 46- Venegas Ojeda Diego. Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud de las Personas. “Decenio de las personas con discapacidad en el Perú. Año de la integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad. Noviembre 2012.

## POLIOMIELITIS Y SÍNDROME POSTPOLIOMIELÍTICO EN ARGENTINA

### POLIOMYELITIS AND POST-POLIOMYELITIS SYNDROME IN ARGENTINA

Autora: Centurión Estela

Institución: Grupo Epidemiológico de Poliomiélitis – Argentina (GEPA)

Mail: estelashocem@hotmail.com]

#### RESUMEN.

La poliomiélitis es una enfermedad causada por un virus de la familia del enterovirus que provoca un alto porcentaje de parálisis flácida, se estima 15 millones de personas afectadas en todo el mundo y es de gran importancia el estudio de efectos tardíos de poliomiélitis, como Síndrome Post Poliomiélitis (SPP). **Objetivos:** Determinar la afectación y las secuelas de los pacientes sobrevivientes de Poliomiélitis, identificar probables SPP, tratamiento que reciben y demostrar el impacto que genera el SPP en la calidad de vida de estos pacientes. **Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a pacientes con antecedentes de diagnóstico de poliomiélitis residentes en diferentes provincias de Argentina (n=698), siendo encuestados en forma on-line, telefónicamente. (septiembre 2019 – septiembre 2022). **Resultados:** La edad del diagnóstico de poliomiélitis de la mayor proporción de pacientes fue entre 1 y 3 años de edad (Media=1,48 año) y 81% IC95% (77% - 83%) de los pacientes no recibió vacunación. La presencia de dolor muscular en un 77% IC95% (75%-80%), trastornos del sueño en un 76% IC95% (73%-80%). La presencia de SPP se observó en el 62% (430) IC95% (58%-65%) de los pacientes. La edad de inicio de los síntomas SPP se presentó con mayor frecuencia entre los 50 a 59 años (49%), seguida por la edad de 40 a 49 años (35%). La edad media de inicio de síntomas es de 50 años. El diagnóstico de SPP se pudo establecer que es significativamente más frecuente en las mujeres (6 debilidad progresiva 6%) con respecto al sexo masculino (56%). (Test Chi Cuadrado p=0,009). **Conclusiones:** La presencia de SPP fue elevada, siendo los síntomas de inicio más frecuente debilidad progresiva, fatiga y dolor muscular, los que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, sin diagnóstico ni tratamiento adecuado.

#### INTRODUCCIÓN

Hace alrededor de 3000 años que se conoce la poliomiélitis (su poder para inmovilizar a sus víctimas fue descrito en un antiguo grabado egipcio). En su época de pleno apogeo, paralizó o mató a alrededor de medio millón de personas todos los años, antes del descubrimiento de una vacuna de 1955.

La poliomiélitis, antes conocida como "parálisis infantil" ha afectado a la humanidad a lo largo de la historia. La naturaleza altamente contagiosa de la polio fue descubierta por la comunidad médica en 1905, pocos años después de la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1902.

La poliomiélitis no fue descubierta hasta 1905 por el médico sueco Ivar Wickham. En 1908, Karl Lansdteiner, MD, y Erwin Popper, MD, identificaron y aislaron el virus de la polio. La idea de una vacuna contra la poliomiélitis se introdujo por primera vez en 1910 como resultado de una investigación realizada por Simon Flexner, MD. En 1935, dos equipos probaron una vacuna contra la polio, pero ninguno tuvo éxito, y ambos equipos infectaron y mataron a algunos sujetos de prueba (los científicos, chimpancés, adultos humanos y niños). En 1951, Jonas Salk, MD, y su equipo desarrollaron un método para cultivar el virus de la polio en el tejido renal de los monos para poder producir grandes cantidades de la vacuna. El 12 de abril de 1955, los resultados de los ensayos de vacunas de Salk mostraron que la vacuna fue 80-90% efectiva y el gobierno de EE. UU. Autorizó la vacuna IPV (vacuna de polio inactivada) el mismo día.

El 24 de agosto de 1960, una vacuna contra la poliomiélitis (OPV; vacuna oral contra la poliomiélitis) creada por el Dr. Albert Sabin, fue autorizada para su uso en los EE. UU. Cirujano General de los Estados Unidos Leroy E. Burney, MD. En 1968, el uso de la vacuna de Salk en los Estados Unidos fue eliminado. La poliomiélitis fue declarada erradicada en las Américas el 29 de septiembre de 1994 por la Organización Mundial de la Salud. Una versión mejorada de la vacuna IPV de Jonas Salk se introdujo de nuevo en 1997, porque la OPV tenía un mayor riesgo de infectar a los niños con el virus en la primera dosis. En el año 2000 se completó la transición al calendario de vacunación de todas las IPV.

A partir del 18 de agosto de 2014, recomiendan que los niños reciban la primera dosis de la vacuna contra la poliomiélitis (IPV) a los 2 meses de edad, luego a los 4 meses, a los 6 meses y a los 4 o 6 años.

En el año 2022 se declararon casos de polio en EEUU, Israel, Inglaterra y Brasil. En Argentina se realizaron refuerzos de vacunación, que en un principio no fueron muy efectivos ya que no se llegaba al 95% de vacunados en su totalidad, por lo cual se dio una prórroga al periodo de vacunación.

#### **Resumiendo, sobre poliomiélitis y Síndrome Pospoliomiélitis (SPP)**

La poliomiélitis es una enfermedad causada por un virus de la familia del enterovirus que provoca un alto porcentaje de parálisis flácida. Este

virus ingresa al ser humano por medio de la nariz y produce infección en la mucosa orofaríngea y gastrointestinal. Entre los años 1955 y 1961, se desarrolló la vacuna para combatirla, la cual se empezó a distribuir mundialmente, sin embargo, no se logró evitar diversos brotes a lo largo del tiempo. El último reportado fue en el 2018 en el continente africano con treinta y tres casos. El número estimado de personas afectadas por la poliomielitis ronda los 15 millones en todo el mundo<sup>1</sup> (Troyano DA). Especialmente, los médicos se han centrado en los efectos tardíos de poliomielitis, como SPP. Aunque numerosos estudios con respecto a la etiología de SPP se han realizado, la patogenia del SPP no se ha entendido completamente<sup>2,3</sup>. Algunos estudios sugirieron que la fisiopatología del SPP se atribuye a degeneración distal de los axones de unidades motoras muy agrandados que se desarrollaron durante la recuperación después de la poliomielitis parálitica.<sup>1,4</sup>

Los criterios de diagnóstico para el SPP que fueron adoptados de la Federación Europea de Sociedades Neurológicas (EFNS) hoy en día criterios universales:

1. Poliomielitis parálitica previa con evidencia de pérdida de neuronas motoras, confirmada por antecedentes de enfermedad parálitica aguda, etc.
2. Un período de recuperación funcional parcial o bastante completa después de la poliomielitis parálitica aguda seguido de un intervalo (usualmente 15 años o más) de función neurológica estable.
3. Inicio gradual o repentino de debilidad muscular progresiva y persistente o fatigabilidad muscular anormal (disminución resistencia) con o sin fatiga generalizada, atrofia muscular, debilidad en las extremidades o dolor muscular y articular.
4. Los síntomas persisten durante al menos 1 año.
5. Exclusión de otros problemas neurológicos, médicos y ortopédicos como causas de los síntomas.

**Antecedentes SPP:** Muchos pacientes de poliomielitis experimentan nueva debilidad muscular, nueva atrofia, fatiga muscular, dolor articular e intolerancia al frío varios años después de la poliomielitis parálitica. Un caso de nueva atrofia y debilidad muchos años después de la poliomielitis parálitica aguda fue descrito por primera vez en 1875 por Raymond<sup>5</sup>.

El término de SPP fue introducido por Halstead en 1985, los criterios para SPP fueron los siguientes:

1. Historia confirmada de poliomielitis
2. Recuperación neurológico y funcional parcial o bastante completo después del episodio agudo.
3. Período de al menos 15 años con estabilidad funcional y neurológica
4. Dos o más de los siguientes problemas de salud después del período estable: fatiga extensa, dolor muscular y/o articular, nueva

debilidad en los músculos previamente afectados o no afectados, nueva atrofia muscular, pérdida funcional, intolerancia al frío.

No se encontró otra explicación médica.<sup>6</sup>

Halstead revisó estos criterios en 1991 y añadió inicio graduado o abrupto de nueva debilidad neurogénica como un criterio necesario para SPP, con o sin otros síntomas coexistentes<sup>7</sup>. También Dalakas redefinió y redujo el uso de SPP en 1995<sup>8</sup>. Un tercer término, disfunción muscular post-polio (PPMD), fue introducido en 1996 con los siguientes criterios: 1-historia de la poliomielitis parálitica; confirmado o no confirmado; recuperación funcional parcial o bastante completa. 2- después de un período de estabilidad funcional de al menos 15 años desarrollo de nueva disfunción muscular: debilidad muscular, atrofia muscular, dolor muscular y fatiga. 3- exploración neurológica compatible con antecedentes de poliomielitis: lesión de la neurona motora inferior; disminuida o ausente reflejos tendinosos; sin pérdida sensorial, hallazgos compatibles en EMG y/o RMN.<sup>5</sup>

Los síntomas informados para SPP son los mismos en todas partes del mundo: debilidad muscular, atrofia, fatiga generalizada, fatiga post ejercicio, dolor muscular, fasciculaciones, calambres, intolerancia al frío y dolor en las articulaciones<sup>6,9,10</sup>. En el trabajo de Guía EFNS y Europa sobre el diagnóstico y manejo del síndrome post-polio, recomiendan que se debiera basar en la definición de Halstead de 1991 con énfasis en la nueva debilidad muscular.

El presente estudio que se realiza por primera vez en Argentina, fue diseñado para obtener información sobre quienes habían padecido poliomielitis anterior aguda principalmente en la población infantil, en la Argentina. Y a través de una encuesta telefónica poder establecer quienes tenían SPP y establecer una muestra con datos socioeconómico, médico y funcional de los supervivientes de la poliomielitis. En la Argentina solo existen registros de hace 30 años sin seguimiento de los mismos. Actualmente se desconocen datos cuantitativos sobre los pacientes sobrevivientes de Polio y SPP en Argentina.

Mediante este trabajo se pretende aportar datos actualizados de pacientes sobrevivientes de Polio y mostrar que impacto genera el SPP en la calidad de vida de estos pacientes, convirtiéndose en una problemática desde el punto de vista de la Salud Pública.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la afectación y las secuelas de los pacientes sobrevivientes de Poliomielitis
2. Identificar probables SPP en pacientes sobrevivientes de Poliomielitis.
3. Identificar el tratamiento que reciben los que padecen SPP.
4. Demostrar el impacto que genera el SPP en la calidad de vida de estos pacientes, convirtiéndose en una problemática desde el punto de vista de la Salud Pública.

### MATERIALES Y METODOS

Este es un estudio de corte transversal, que se desarrolló en un período de 3 años (septiembre 2019 – septiembre 2022) en los cuales se realizó

una única encuesta anónima y voluntaria a través de teléfono celular, vía WhatsApp a pacientes con antecedentes de poliomielitis en la infancia, en Argentina. (n= 698).

Los datos fueron manejados en forma anónima bajo la protección de la Ley N.º 26.529 modificada por la Ley N.º 26.742 y su informado en toda actuación profesional en el ámbito médico sanitario, en que el Decreto Reglamentario N.º 1089/2012 garantizan a toda persona el derecho al consentimiento debe materializarse obligatoriamente por escrito en los casos contemplados en el artículo 7º de la ley citada. Que el derecho al consentimiento informado es parte integrante del derecho a la salud, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.

La encuesta contenía preguntas detalladas sobre los siguientes aspectos: lugar de residencia actual, fecha de nacimiento, estudios realizados, características del trabajo, Jubilado o pensionado, a qué edad tuvo poliomielitis, en que año, si fue vacunado, partes del cuerpo afecto la enfermedad y severidad, secuelas que le quedaron después de un tiempo. A qué edad inició o empeoró su debilidad muscular y donde. Dejo de hacer actividades que antes hacía por el aumento de esta debilidad, cuales. Siente cansancio o fatiga en algunos momentos del día, (escala de la severidad de la fatiga). Ha presentado dolor articular o muscular en los últimos años. Ha tenido cambios en el estado de ánimo. Si tiene trastornos del sueño. Enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, EPOC/ tabaquismo, trastorno depresivo, insuficiencia cardiaca). Se realizó EMG en los últimos 10 años (resultados) Tiene alguna deformidad articular. Con que se moviliza. Tiene SPP, a qué edad y en qué año comenzó el SPP Que fue lo primero que sintió para que le diagnosticaran SPP (debilidad, fatiga, dolor). Qué estudios tiene realizados que le diagnosticaron el SPP. Está en tratamiento por el SPP (kinesiología, acuática, TO, rehabilitación Multidisciplinaria.) El cuestionario fue realizado en todas las encuestas por el mismo especialista en neurología.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio y de asociación entre las de interés mediante Test Chi Cuadrado, con una significación del 5%.

**RESULTADOS**

Se realizaron 749 encuestas de los cuales 51 se negaron a contestarlas. En el lapso de 3 años fallecieron 10 que ya tenían hecha la encuesta. Se incorporaron al estudio 698 pacientes encuestados, siendo el 56% (391) de sexo femenino y 44% (307) masculino, con residencia en las distintas provincias de Argentina.

La mayor proporción de encuestados tiene nivel de instrucción secundario (36%) y actualmente no trabaja el 51% IC95% (47%-55%); siendo la

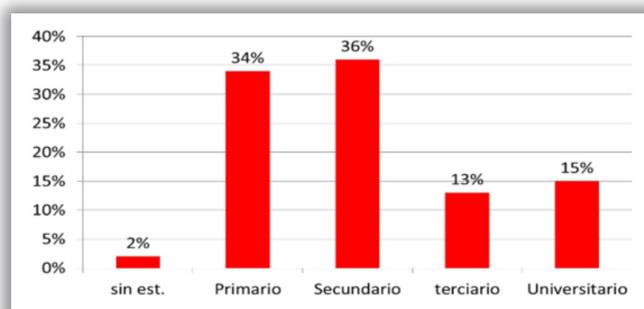


Gráfico 1. Pacientes con antecedentes de Poliomielitis según nivel de Instrucción (n= 698)

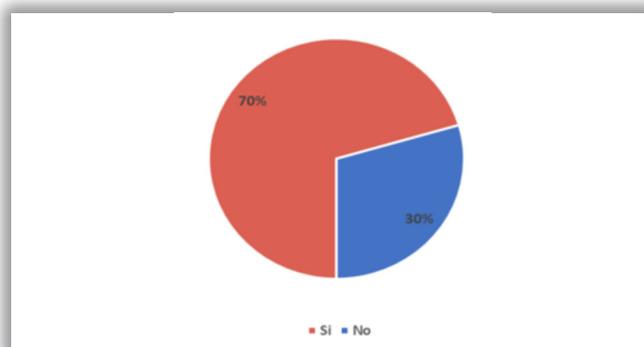


Gráfico 2. Pacientes con antecedentes de poliomielitis según trabajo (n=698)

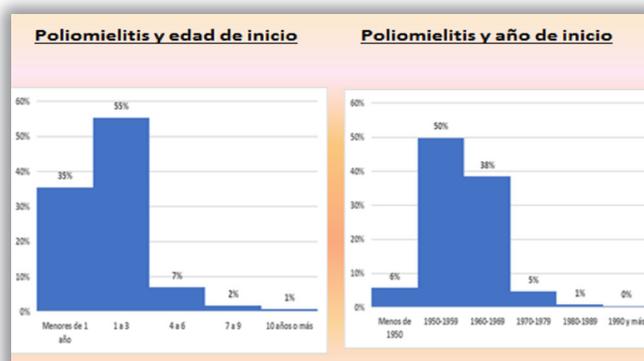
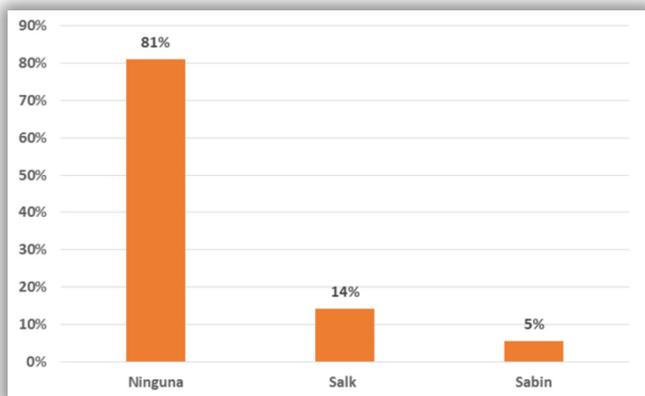


Gráfico 3. Pacientes con antecedentes de Poliomielitis según edad en la que padeció la enfermedad y año (n=698)

mayoría jubilado o pensionado y la principal ocupación trabajo particular (20%) y solo el 16% es empleado con sueldo.

La edad del diagnóstico de poliomielitis de la mayor proporción de pacientes fue entre 1 y 3 años de edad (Media=1,48 año), mientras que el 50% fue diagnosticado en la década del 1950 y el 38% en los años 60.



**Gráfico 4.** Pacientes con antecedente de Poliomieltis según vacunas recibidas. (n=698)

Se destaca que el 81% IC95% (77% - 83%) de los pacientes no recibió vacunación.

Del análisis según grado de afección en miembros superiores e inferiores se puede observar que el mayor predominio se ha visto en Miembros inferiores derechos en grado leve tanto en la forma aguda como en las secuelas. En la columna como secuelas se tomó la escoliosis, y se consideró de grado grave aquellos que fueron operados.

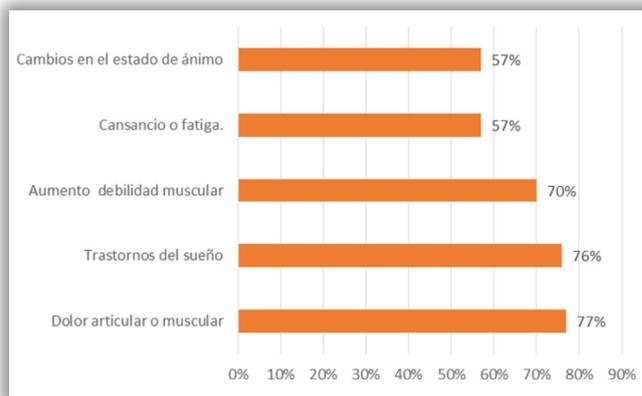
El grado de afección en músculos respiratorios, si bien en la etapa aguda fueron afectados en un 17%, en la etapa secular solo quedaron afectados un 7%. Las secuelas que se consideraron fueron, Fatiga, EPOC, enfisema, asma, bronquitis a repetición.

Grado de afección	Poliomieltis aguda						Secuelas					
	Nada		Leve		Severo		Nada		Leve		Severo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Brazo der.	388	56%	284	41%	26	3%	523	75%	167	24%	8	1%
Brazo izq.	394	56%	249	36%	55	8%	601	86%	76	11%	21	3%
MID	118	17%	477	68%	103	15%	191	27%	434	62%	73	10%
MII	120	17%	377	54%	201	29%	180	26%	345	49%	173	25%
columna							127	18%	565	81%	6	1%

**Tabla 1.** Poliomieltis, afección de inicio y secuelas

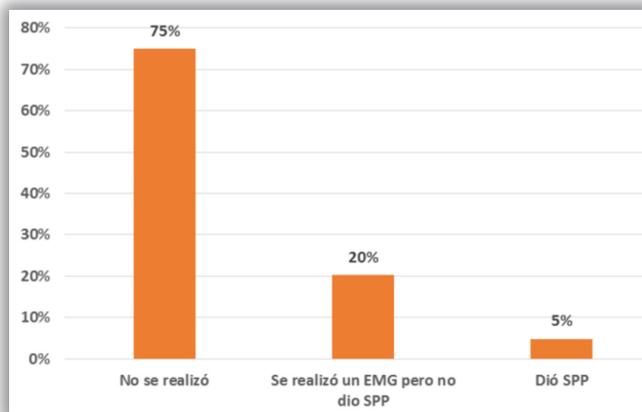
Afecc. M. respiratorios	Nada		Pulmotor	
	Nº	%	Nº	%
Polio aguda	579	83%	179	27%
Secuelas	652	93%	46	7%

**Tabla 2.** Poliomieltis y afección de musculos respiratorios



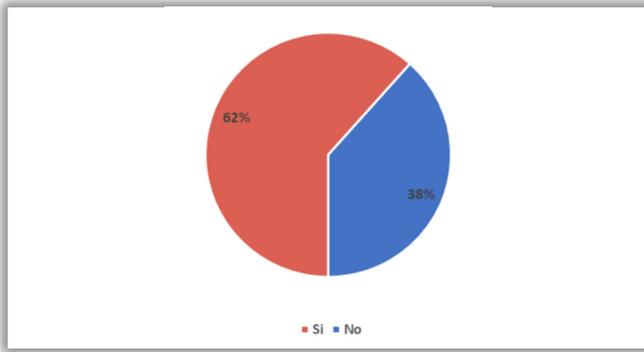
**Gráfico 5.** Pacientes con antecedente de Poliomieltis según signos y síntomas SPP. (n=698)

Los pacientes manifestaron la presencia de dolor muscular en un 77% IC95% (75%-80%), trastornos del sueño en un 76% IC95% (73%-80%) entre los que se destacaron sueño poco reparador (93%), Insomnio (44%) y Apnea/hipoapnea. (3%). El empeoramiento o aumento de su debilidad muscular a partir de los 40 años se manifestó en el 70% IC95% (67%-74%), con mayor afectación los miembros inferiores y en la columna el ítem que se tomó es la escoliosis considerándose de grado severo aquellos que se les practico una cirugía. El abandono de actividades por el aumento de la debilidad muscular lo manifestaron el 52% IC95% (48% - 56%) de los pacientes ya que progresivamente dejaron de realizar alguna actividad por esta causa.



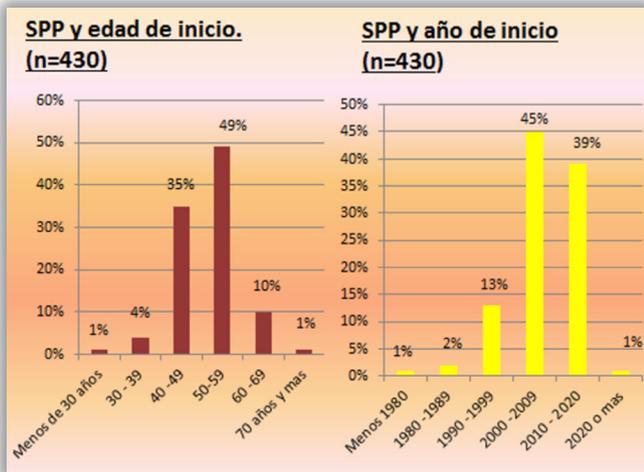
**Gráfico 6.** Pacientes con antecedentes de Poliomieltis según realización de electro-miograma (EMG) para la evaluación de sus secuelas. (n=698)

El 75% de los pacientes no realizaron EMG, mientras que el 5% (35) fue diagnosticado SPP mediante este método.

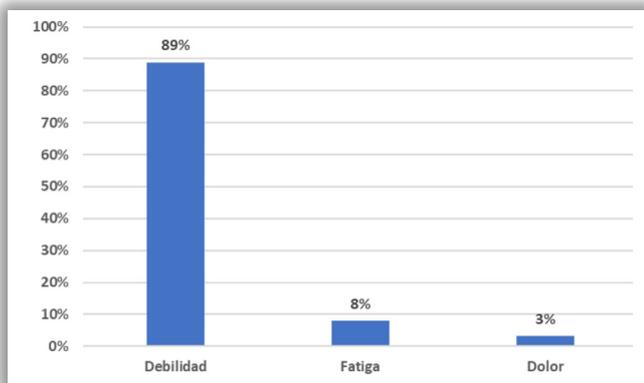


**Gráfico 7.** Pacientes con antecedentes de Poliomielitis según presencia de SPP. (n=698)

La presencia de SPP se observó en el 62% (430) IC95% (58%-65%). La edad de inicio de los síntomas SPP se presentó con mayor frecuencia entre los 50 a 59 años (49%), seguido por la edad de 40 a 49 años (35%). La edad media de inicio de síntomas es de 50 años. La mayoría manifestó estos síntomas entre el año 2000 y 2020.



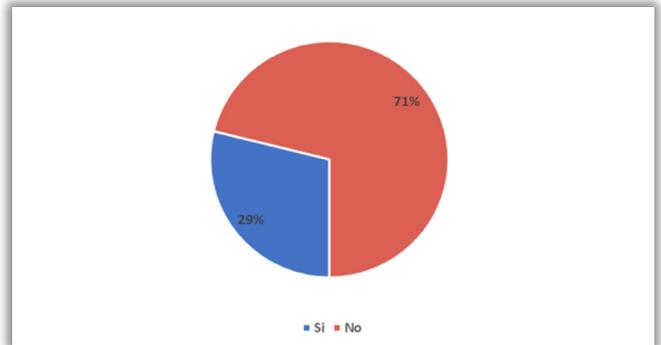
**Gráfico 8.**



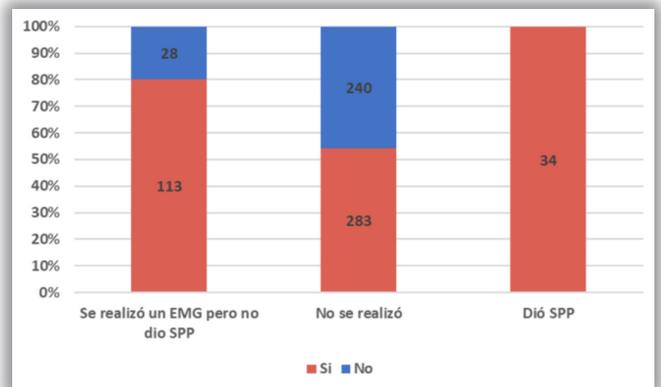
**Gráfico 9.** Pacientes con síndrome post poliomielitis (SPP) según tipo de síntomas (n=342)

La presencia de síntomas SPP se observó en el 80% (342) IC95% (76%-83%), siendo el más frecuente la debilidad (89%) con fatiga y con dolor.

En cuanto al tratamiento de esta patología, solo el 29% IC95% (24%-33%) realiza algún tipo, tal como kinesioterapia - rehabilitación.



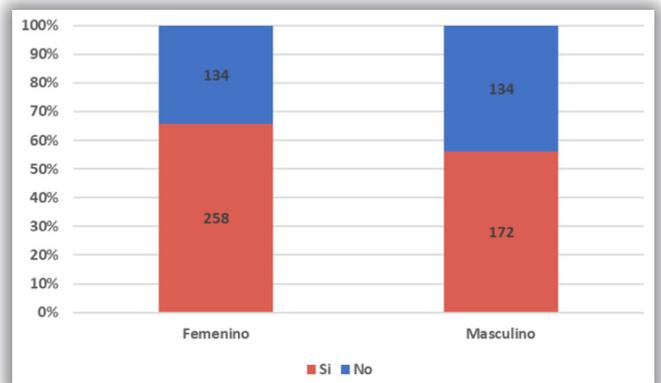
**Gráfico 10.** Pacientes con SPP según realización de tratamiento del mismo. (n=430)



**Gráfico 11.** Presencia de SPP según realización de EMG. (n=698)

La presencia de SPP se observó en el 80% de los pacientes a quienes se les realizó EMG pero que no dio SPP, mientras que el 54% de los que no realizaron este estudio también presentaron el síndrome y el 100% de los diagnosticados mediante EMG. Estas proporciones son significativamente diferentes (Test Chi Cuadrado p=0,0001).

Al analizar el diagnostico de SPP según sexo se pudo establecer que este es significativamente más frecuente en las mujeres (66%) con respecto al sexo masculino (56%). (Test Chi Cuadrado p=0,009)



**Gráfico 12.** Presencia de SPP según sexo. (n=698)

## CONCLUSIONES

La prevalencia del SPP se ha publicado entre el 15% y el 80%, de todos los pacientes con poliomielitis previa dependiendo de los criterios aplicados y la población estudiada<sup>3,9,11,12,13</sup>; Edimburgo reportó más del 60%, en Estonia se ha informado del 52%, Noruega 60%, Dinamarca 63%.<sup>11,15,16,17</sup>

En nuestro estudio adoptamos los criterios para el diagnóstico de SPP recomendados por el grupo de trabajo EFNS y Europa sobre el diagnóstico y manejo del síndrome post-polio, donde ellos recomiendan que se debiera basar en la definición de Halstead de 1991 con énfasis en la nueva debilidad muscular, que son aceptados como criterio universal, nuestra muestra nos dio una prevalencia de 62%.

La edad de inicio de la poliomielitis aguda se destacó en un 90% en el rango de los pacientes de 0 a 3 años.<sup>17</sup>

El tiempo desde la poliomielitis aguda hasta el diagnóstico de SPP fue de (35 – 70) mediana de 52,5 años y edad media 50 años. En un estudio del norte de Italia dio una mediana de 35 años.<sup>18</sup>

Es esencial averiguar por qué los pacientes con SPP han desarrollado un trastorno neurológico progresivo. Uno de los objetivos con la primera rehabilitación era lograr que los pacientes caminaran a toda costa; quizás esto podría haber contribuido al desarrollo de SPP por el uso excesivo de los músculos.<sup>18</sup>

La edad media de los sobrevivientes de la poliomielitis tenía más de 50 años y habían comenzado a entrar en la mediana edad. La mayoría de los sobrevivientes de polio tenían como secuela afectación de miembros inferiores, con predominio del lado derecho y tenían disfunción ambulatoria, con un alto riesgo de caídas.<sup>17</sup>

En un 52% de la muestra dejaron de realizar determinados movimientos y abandono del trabajo. Género femenino, edad temprana de aparición de poliomielitis, el uso de ortesis o ayudas para caminar, dolor o alteración de la marcha, se destacaron como factores de riesgo significativos para el desarrollo de SPP. Esto también fue considerado en otros estudios.<sup>14,9,18,19</sup>

Se estima que alrededor de 15 millones de personas en todo el mundo son sobrevivientes de la infección de poliomielitis que se produjo durante la década de 1940 y 1950<sup>20</sup>. Para 2004 se estimaron 250.000 pacientes con SPP en Europa y 20 millones en todo el mundo. Hay otros estudios que aparte de nombrar los factores que ya hemos dicho que favorecen la aparición del SPP también nominan el estrés y estilo de vida donde Klingmann et al. Nominan que los pacientes más afectados en la polio aguda eran los que más se recuperaban, pero que presentaban luego más SPP.

Los que tienen SPP y sufren de insuficiencia respiratoria, descriptas como disnea, fatiga, o trastornos respiratorios relacionados con el sueño; con esta nueva sintomatología puede limitar aún más la capacidad para realizar tareas diarias, especialmente las relacionadas con pararse

y subir escaleras lo que aumenta el riesgo de caídas, relacionadas frecuentemente en las encuestas.

Los pacientes con antecedentes de poliomielitis (n=698) el 76% presentaban trastornos del sueño con predominio de sueño poco reparador e insomnio. En otros estudios esto se ha presentado en un 78,3%.<sup>20</sup>

Los estudios electrodiagnósticos juegan un papel importante en el proceso de diagnóstico de SPP, son importantes para excluir otras enfermedades neuromusculares como la ELA, radiculopatía, polineuropatía, miastenia Gravis, neuropatías y miopatías. También es importante excluir enfermedades ortopédicas y neurológicas similares al SPP como la espondilosis cervical, tumores de la columna cervical y torácica, y otras causas del síndrome de fatiga crónica, enfermedades cardíacas, hematológicas, endócrinas, cáncer, infecciones sistémicas crónicas, entre otras. Los pacientes con SPP relataron en un 89% que habían iniciado con debilidad muscular.

Los pacientes con antecedentes de poliomielitis, el 75% no se realizó EMG, también aquellos que se realizaron EMG y se diagnosticaron secuelas de polio que los pacientes no sabían que habían tenido afectadas. Y de los con SPP (n=430) solo el 28% habían realizado EMG, de aquí se descartaron algunas fibromialgias.

En cuanto al tratamiento del SPP el principal objetivo es mejorar la calidad de vida a través de rehabilitación e intervención del grupo ortopédico.

Un enfoque individualizado para el manejo de la rehabilitación es fundamental. Las intervenciones pueden incluir estrategias de manejo de rehabilitación, equipo de adaptación, equipo ortopédico, ayudas para la marcha/movilidad y una variedad de ejercicios terapéuticos. La progresión de la debilidad muscular en el SPP suele ser lenta y gradual. Es lo que lo diferencia de la ELA; además la debilidad y atrofia muscular segmentaria es otra característica del SPP.<sup>21</sup>

El entrenamiento muscular supervisado, tanto isocinético (relativo a un movimiento muscular de velocidad constante, independientemente de la fuerza aplicada por el sujeto) como isométrico, (que somete a los músculos a un movimiento contra una resistencia elevada a lo largo de un recorrido corto) es una forma segura y eficaz de prevenir una mayor disminución de la fuerza muscular en grupos de músculos leve o moderadamente débiles e incluso puede reducir los síntomas de fatiga muscular, debilidad muscular. Se deben tomar precauciones para evitar el uso excesivo de los músculos.<sup>21</sup>

Es importante destacar que la mayoría de los estudios de ejercicios han sido ejecutados con supervisión, carga de trabajo submáxima, pausas intermitentes y períodos de descanso entre sesiones de ejercicios para prevenir la probabilidad de efectos de uso excesivo. Lo cual es un aspecto importante para los pacientes con SPP. Así como se deben tomar precauciones para evitar el uso excesivo de los músculos, también se debe recomendar tener el peso adecuado a la edad y estatura.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Troyano DA, Cashman NR. Síndrome pospoliomielitis. *Nervio Muscular* 2005; 31:6-19.
2. Jubelt B, Drucker J. Síndrome post-polio: una actualización. *Semin Neurol* 1993; 13:283-90.
3. Dalakas M, Illa I. Síndrome post-polio: conceptos en Diagnóstico clínico, patogenia y etiología. *Avanzado Neurol* 1991; 56:495-511.
4. Troyano DA, Gendron D, Cashman NR. Electrofisiología y electrodiagnóstico de la unidad motora post-polio. *Ortopedia* 1991; 14:1353-61.
5. Raymond M. Paralyse essentielle de l'enfance, atrophie musculaire consecutive. *Comptes Rendus de la Societe' dela Biologie et de ses Filiales* 1875; 27:158.
6. Halstead LS, Rossi CD. New problems in old poliopatients: results of a survey of 539 polio survivors. *Orthopedics* 1985; 8:845-850.
7. Halstead LS. Assessment and differential diagnosis for post-polio syndrome. *Orthopedics* 1991; 14:1209-1217.
8. Dalakas MC. The post-polio syndrome as an evolved clinical entity. Definition and clinical description. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1995; 753:68-80. 2006 EFNSE *European Journal of Neurology* 13, 795-801
9. Ivanyi B, Nollet F, Redekop WK, et al. Poliomielitis de inicio tardío secuelas: discapacidades y minusvalías en un estudio basado en la población cohorte del brote de poliomielitis de 1956 en el Países Bajos. *Archivos de Medicina Física y Rehabilitación* 1999; 80:687-690.
10. Takemura J, Saeki S, Hachisuka K, Aritome K. Prevalencia del síndrome post-polio basado en un corte transversal Encuesta en Kitakyushu, Japón. *Diario de Rehabilitación Medicina* 2004; 36:1-3.
11. Farbu E, Rekand T, Gilhus NE. Síndrome post poliomielitis y estado de salud total en un estudio hospitalario prospectivo. 2003; 10:407-413.
12. Burger H, Marincek C. La influencia de la pospolio Síndrome de independencia y satisfacción con la vida. *Invalidez y rehabilitación* 2000; 22:318-322.
13. Ramlow J, Alexander M, LaPorte R, Kaufmann C, Kuller L. Epidemiología de la post-poliosíndrome. *Revista americana de epidemiología* 1992; 136:769-786.
14. Rekand T, Korv J, Farbu E, et al. Estilo de vida y efectos tardíos después de la poliomielitis. Un estudio de factores de riesgo de dos poblaciones. *Acta Neurológica Scandinavica* 2004; 109:120-125.
15. Lonnberg F. Secuelas de polio de aparición tardía en Dinamarca - presentación y resultados de una encuesta nacional de 3 607 sobrevivientes de poliomielitis. *Revista escandinava de rehabilitación Suplemento de medicina* 1993 28:7-15.
16. Pentland B, Hellawel D, Benjamin J, Prasad R, Ainslie A. *Boletín de Salud* 2000; 58:267-275.
17. Hyun Bang, MD1, Jee Hyun Suh, MD2, Seung Yeol Lee, MD3, Keewon Kim, MD1, Eun Joo Yang, MD1, Se Hee Jung, MD1, Soong-Nang Jang, MD4, Soo Jeong Han, MD2, Wan-Ho Kim, MD5, Min-Gyun Oh, MD6, Jeong-Hwan Kim, MD5, Sam-Gyu Lee, MD7, Jae-Young Lim, MD1. Post-Polio Syndrome and Risk Factors in Korean Polio Survivors: A Baseline Survey by Telephone Interview *Ann Rehabil Med* 2014; 38(5):637-647.
18. L. Bertolasi<sup>1</sup>, A. Danese<sup>1</sup>, S. Monaco<sup>1</sup>, M. Turri<sup>1</sup>, K. Borg<sup>2</sup> and L. Werhagen<sup>2\*</sup> Polio Patients in Northern Italy, a 50 Year Follow-up. *The Open Neurology Journal*, 2016, 10, 77-82
19. Ragonese P, Fierro B, Salemi G, Randisi G, Buffa D, D'Amelio M, et al. Prevalence and risk factors of postpolio syndrome in a cohort of polio survivors. *J Neurol Sci* 2005; 236:31-5.
20. Katherine A. Mafía-Ayub<sup>1,2\*</sup>, Luisa F. Guzmán-Molano<sup>2</sup>, Gabriel A. Centanaro-Meza<sup>2</sup>, y Jairo A. Mejía-Mójica<sup>1,2</sup> Departamento de Neurología, Hospital Militar Central; 2 Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. El legado de la polio: 2 casos de síndrome post-polio y revisión
21. Lo, J.K.; Robinson, L.R. Post-polio syndrome and the late effects of poliomyelitis: Part 2. treatment, management, and prognosis. *Muscle & Nerve* Vol. 58 Nr. 6 Página: 760 - 769. Fecha de publicación: 01/12/2018



MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA



msptucuman.gov.ar/

## COROC: UNA PROPUESTA PARA EL ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN PARA TESIS

### COROC: A PROPOSAL FOR THE ANALYSIS OF RESEARCH FOR THESIS

Autor: Francisco Juan José Viola

Institución: Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán

Mail: francisco.viola@fm.unt.edu.ar

*There is nothing so practical as a good theory*  
Kurt Lewin (1890–1947)

La investigación dentro de un proceso de formación académica es algo habitual (tesinas, tesis de maestría o de doctorado) y buscan, principalmente, mostrar las capacidades del estudiante para realizar un trabajo concreto que facilite el desarrollar las habilidades/competencias en el proceso de investigar, concretándolas en un trabajo específico (Vijayakumar, 2007; Tuononen, 2021). Es una tarea que se define como “la creación de nuevos conocimientos y/o el uso de los existentes conocimientos de una manera nueva y creativa para generar nuevos conceptos, metodologías y comprensiones. Esto podría incluir síntesis y análisis de investigaciones previas en la medida en que conduce a resultados nuevos y creativos” (Western Sydney University citado por Song, 2021).

Toda investigación implica, concretamente, la puesta en juego de los recursos disponibles que permiten explicar algo, recorriendo un camino metodológico para resolver una serie de situaciones. Pero el camino no es sólo metodológico, puesto que como vemos los que han realizado una investigación generalmente aparecen “A Series of Unfortunate Events”. Los cuales hacen que concretar la investigación y, luego la redacción de la tesis sea una tarea altamente complicada. Esto genera un problema académico importante, aunque no sea un problema grave pero que genera preocupación y ocupación para las universidades (Lim, 2019) dado la importancia que tiene para una universidad la producción de conocimientos (Barra, 2018).

Pero lo cierto es que en un trabajo de tesis hay una inversión de tiempo, dedicación y dinero que se pone en juego, tanto por parte de la universidad como de las personas que la realizan, lo que es un problema si esa inversión –en su sentido más amplio– no se logra concretizar en resultados. Ahora bien, una tesis es un proceso personal que surge a partir de una iniciativa personal y un estímulo académico y que culmina con la preparación, redacción y disertación de un trabajo de investigación original y que se relaciona con un contenido científico, técnico o artístico, como consecuencia de una formación que la universidad ofrece para que el estudiante desarrolle aptitudes como investigador. La pretensión justificada de la originalidad es también uno de los problemas que tiene la producción de las tesis y el desafío que hoy aparece para evitar los plagios por la facilidad que ofrece internet, uno de las grandes preocupaciones de las universidades, sobre todo cuando no tienen un software útil para detectarlos (Williams, 2002; Dawson, 2006; Farahian, 2020; Peters, 2022). Para que ese trabajo se concrete es necesario una evaluación u organización y, normalmente, se aplica a una planificación estratégica de quien investiga.

La planificación estratégica es un concepto que se puede definir, a partir del campo de las empresas, como “un conjunto secuencial de análisis y opciones que pueden aumentar la probabilidad de que una organización elija una “buena estrategia”, es decir, que genera ventajas competitivas” (Gurel, 2017).

Desde hace años en las empresas se utiliza un análisis que se conoce como FODA, que es una herramienta de planificación estratégica, diseñada para realizar un análisis interno (Fortalezas y Debilidades) y externo (Oportunidades y Amenazas) en la empresa. Desde este punto de vista la palabra FODA es una sigla creada a partir de cada letra inicial de los términos mencionados anteriormente. En inglés se la conoce como SWOT. Esta herramienta es muy útil para las empresas, junto a otros. Además, se ha popularizado en muchas situaciones. Así es común en otras áreas humanas sugerir hacer un FODA para pensar planificación estratégica. Aunque varios autores se les puede dar algún crédito por su construcción teórica, como por ejemplo: Albert S. Humphrey, King, Urlick y Orr y Heinz Wehrich Heinz Wehrich –entre otros. No está claro su origen (Friesner, 2011). Pero, independiente de eso, es muy utilizada y su esquema ampliamente conocido. Lo vemos a continuación:

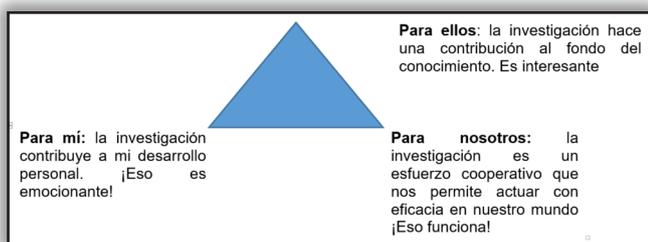


**Esquema 1.** El FODA les recuerdo en inglés SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

Eso que se conoce análisis FODA es una técnica que se usa para identificar los cuatro puntos en un negocio, empresas o instituciones y, también, se lo aplica para proyectos específicos. Si bien, por lo general, se usa muchísimo en pequeñas empresas, organizaciones sin fines de lucro, empresas grandes y otras organizaciones; el análisis FODA se puede aplicar tanto con fines profesionales como personales. Este análisis FODA al ser una herramienta simple y, a la vez, potente, ayuda a identificar las oportunidades competitivas de mejora. Lo que permite trabajar para mejorar el negocio y el equipo mientras mantiene a la cabeza de las tendencias

del mercado . Este modelo, ganó mucha popularidad por la simplicidad y su aplicabilidad, que también se lo utiliza en otras áreas y no sólo en lo comercial. Es más, es muy utilizada como recurso para instituciones educativas, por citar un ejemplo pertinente (Thomas, 2014; Tavares Barbosa, 2017; Stoller, 2021; Benzaghta, 2021; Consorti, 2021).

Si bien es claro que este análisis es muy utilizado por su versatilidad y practicidad hemos pensado que no es el ideal para pensar la investigación, dado la particularidad de la misma. Para eso es importante señalar las razones por las cuales se investiga o para quien se investiga. Peter Reason y Judi Marshal (1987) lo esquematizan en el siguiente cuadro: Dibujo n°1: ¿Para quién es la investigación?



Dibujo 1.

Es decir que en toda investigación siempre existe una visión personal – con implicaciones no sólo de aptitudes desarrolladas o en proceso de desarrollo sino de actitudes frente al proceso de investigación y de la actividad que conlleva: la redacción y exposición de ideas en un marco regulado, sea de un trabajo de tesis o de un artículo. En esta lógica hemos pensado que el esquema FODA no logra exponer con cierta claridad la parte personal –inevitable e ineludible que están presentes en una investigación. Por ello sugerimos una innovación a esta propuesta de análisis, utilizando el mismo esquema, en términos generales. O sea, tal como el modelo FODA propone, existen elementos tanto internos, como externos, y elementos positivos y otros negativos que actúan en el proceso de una investigación y que se los analiza adecuadamente pueden ser de utilidad para mejorar la producción de la misma y crear recursos para evitar que se interrumpa el proceso.

En primer lugar, les presento as cuatro palabras que he utilizado para armarlo y luego procuraré explicar las mismas detalladamente. Las palabras son COMptencias, Red, Obstáculos y Crisis. He ordenado las palabras para que armen un anagrama legible y así se produce la palabra COROC. Tal como se puede ver en el esquema n° 2



Esquema 2. MODELO COROC (Viola, 2023)

Detallemos a continuación los elementos que lo componen para mayor claridad de los mismos.

Co. (competencia, está relacionado con la idea de la capacidad personal de asociar y utilizar los recursos que la persona ha adquirido a lo largo de su formación. Por ello no sólo incluye el complejo término para la educación de competencia, sino la capacidad de asociar los conocimientos y habilidades para resolver un problema.

Vitello (2021) nos señala que “el concepto de competencia se ha propagado por todo el panorama educativo, incluso en educación y formación profesional; educación general; primaria, secundaria y educación superior; y aprendizaje de idiomas. En los últimos años, la atención sobre la competencia se ha ampliado, ya que se ha convertido en un foco clave de los debates internacionales sobre el aprendizaje, los currículos y la evaluación dentro de la educación general”.

Más allá de las controversias que se pueden encontrar actualmente por el uso de competencia como un término que puede remitir a la idea de “performance” o más relacionado con lo “mercantil, creemos que el constructo pedagógico específico en educación es de suma utilidad, como nos refiere el mismo Vitello (2021) al decir que “al tener una definición de competencia (que sea integral y basada en investigaciones tiene beneficios de gran alcance”. Dentro de esta lógica podemos encontrar lo que sugiere Cebrian (2020) cuando señala que la educación debe “desarrollar competencias que capaciten a las personas para reflexionar sobre sus propias acciones, teniendo en cuenta sus impactos sociales, culturales, económicos y ambientales actuales y futuros, desde una perspectiva local y global”. Un concepto amplio, actual y necesario para pensar la educación.

Creemos que la definición que plantea Kane (1992) muestra con mayor claridad que el concepto es válido, necesario y actual, al decir que “un profesional es competente en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica”.

Toda persona que investiga no llega por azar a su objeto de estudio llega con un conocimiento previo de donde surge el interrogante y una manera intuitiva de responder que, obviamente, deberá utilizar recursos de conocimientos, de actitudes, de habilidades, entre otras cosas, adquiridas previamente para avanzar en la respuesta, para lo cual, necesariamente adquirirá nuevos conocimientos, actitudes y habilidades entre otros.

Red este concepto surge de las ciencias sociales predominantemente, pero es válido para todas las ciencias y actividades humanas. Hoy se asocia mucho al concepto de redes sociales por la omnipresencia que ha adquirido. Pero el concepto de red que resalto se refiere a las personas que están en el entorno de, en este caso, quien investiga y que esa persona dispone para poder consultar o resolver algún tipo de problema. Este soporte está aplicado, en ese caso a los recursos académicos que están al alcance, ya sea por vínculo profesional o personal y a quienes se puede solicitar ayuda para frente a problemas concretos que plantea una investigación para aportar soluciones prácticas para resolverlo, ya sea desde un saber determinado, o de actitudes concretas que permiten resolver mejor una cuestión. El concepto de red que utilizó en este caso está relacionado con saberes y practicas concretas para hacer frente a un obstáculo, muchas veces por no tener la competencia para resolverlo uno mismo. Veamos ejemplos: termino de escribir un artículo y preciso

una traducción al inglés, sé dónde hay quien tiene la competencia para escribirlo o corregirlo. El acceso a esa persona puede ser porque puedo costear la actividad o porque puedo acceder a esa ayuda por alguna circunstancia. La construcción de una red que facilite la investigación, sostengo, también debe ser responsabilidad de la institución donde se aloja la investigación o, ella debe contribuir para aumentar la red. También es útil para ello el desarrollo de laboratorios de trabajo sobre temáticas genéricas. Este tipo de red aumenta cada vez su importancia dada la necesaria aparición de investigaciones interdisciplinarias, “que integran datos, métodos, herramientas, conceptos y teorías disciplinarios separados para crear una visión holística o común” (Wagner, 2011).

### Comprensión de un tema, pregunta o problema complejo

Obstáculos son los problemas externos Un obstáculo es una cuestión más pragmática y que se resuelve con alguna ayuda. No se trata de objetivos epistemológicos sino una carencia que impide avanzar. Al ser calificada como externa estoy situándola como un problema que la solución es accesible en términos generales porque depende de una circunstancia específica. Ejemplificando: “no tengo dinero para imprimir las encuestas”; “no sé cómo analizar los datos”; “no tengo una encuesta válida”; “o puedo pagar los insumos para hacer un estudio de laboratorio”; “no tengo suficiente bibliografía en español y los otros idiomas me cuestan”. Estos son diversos ejemplos que también validan la creación de la red mencionada. El obstáculo es de la persona, la red es, obviamente, externa.

Crisis: Señalemos lo obvio: “toda investigación es un acontecimiento, en el que entran en juego una serie de fuerzas, donde el investigador enfrenta la situación de investigar en un entramado de factores personales, económicos, ético-políticos y culturales” (Anzaldúa, 2010). Por ello, las investigaciones, muchas veces se detienen, no por los obstáculos que pasan a ser una excusa, sino por la aparición de crisis, que tienen una perspectiva emocional, con una raíz psicológica o de trascendencia. Así, por ejemplo, Rizwan (2022) encuentra en su investigación que “el factor psicológico que más afecta las dificultades de los estudiantes de pregrado para escribir tesis es la autoestima”. Esto es lógico porque lo emocional canaliza, muchas veces las preguntas que se relacionan al trabajo, sobre todo, en cuento a mi posición al trabajo, es decir con la subjetividad. Entendiendo esto como la convicción de que todo acercamiento al objeto de estudio “se encuentra recubierto de varios elementos ‘subjetivos’

de naturaleza cognitiva (esquemas de representación engramados en la memoria) o afectiva (de los deseos o de los miedos, de las expectativas o de las animadversiones)” (Jaspard, 1995: 41-50). Lo que me moviliza en términos de vivencias que uno tuvo o tiene. Asociado con el trabajo o con la temática. El último ítem que quisiera destacar en este itinerario está dado por las crisis. La palabra crisis viene del griego *krísis* y significa: el momento decisivo. Aurioux (1990: 509) nos dice que la misma implica: “un sentido de discontinuidad que afecta el desarrollo regularmente progresivo de un proceso en el cual el sentido se ve por ello afectado, comprometido y amenazado de manera decisiva y significativa”.

La crisis como proceso personal está asociado a lo que se conoce como locus de control, el que puede ser interno o externo y que es responsable de afectar aspectos importantes en el día a día de la “vida de los alumnos y alumnas, tales como el rendimiento académico, la autoestima, la procrastinación académica, la autoeficacia, el optimismo, el autoconcepto, el sentido de dominio” (Sari, 2019).

### DISCUSIÓN

Este esquema sólo es un recurso propuesto para ordenar la investigación y, particularmente creo que puede ser útil si es sistemático en una institución para poder prever tanto soluciones institucionales, como estrategias educativas para resolver los problemas que ocasiona una tesis. Para eso es bueno recordar que hacer un trabajo final –tesina o tesis– implica un proceso individual, personal y colectivo: individual porque el individuo con sus diferentes dimensiones está implicado en el proceso; personal porque las máscaras no abandonan la escena; colectivo porque la universidad y lo social necesitan reivindicar su presencia en esa contingencia, no sólo ofreciéndose como evaluadora y validadora del proceso académico sino como convencida de que el producto es parte de su propia esencia. Pensar el proceso desde esta triple consideración quizás sea “tener una fe racional, basada sobre la comprensión de la naturaleza misma del hombre” (Fromm, 1983: 128). Gregorio Marañón escribía que era necesario “humanizar las ciencias para ejercer con eficacia las profesiones”. Humanizar no es otra cosa que permitir que lo humano se exprese y, al mismo tiempo, se contenga para promover las virtudes que se consideran necesarias. La investigación es un producto humano que surge desde la curiosidad, de las dificultades, de las crisis y se erige a partir de las capacidades, de las redes de trabajos, de las convicciones. Así de simple, pero es un plan de acción para nuestro porvenir.

**VACUNATE CONTRA  
LA GRIPE**

*Cuidándonos Cuidamos a todos*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vijayakumar, J. K. and Vijayakumar, M. (2007). Importance of Doctoral Theses and its Access: a Literature Analysis. *The Grey Journal*, vol. 3, n. 2, pp. 67-75.
2. Tarja Tuononen, Anna Parpala, (2021) The role of academic competences and learning processes in predicting Bachelor's and Master's thesis grades, *Studies in Educational Evaluation*, Volume 70,
3. Song, DW. (2021). What is research? *WMU J Marit Affairs* 20, 407–411 <https://doi.org/10.1007/s13437-021-00256-w>
4. Lim, J; Covrig, D., Freed, S., De Oliveira, B., Ongo, M. & Newman, I. (2019). Strategies to Assist Distance Doctoral Students in Completing Their Dissertations. *International Review of Research in Open and Distributed Learning* Volume 20, Number 5.
5. Barra, Ana M. (2019). La Importancia de la Productividad Científica en la Acreditación Institucional de Universidades Chilenas. *Formación universitaria*, 12(3), 101-110. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000300101>
6. Williams, J. (2002). The Plagiarism Problem: Are Students Entirely To Blame?. *Proc. of the 19th Annual Conference of the Australasian Society for Computers in Learning in Tertiary Education (ASCILITE)*. 2.
7. Farahian, M., Parhamnia, F. & Avarzamani, F. | Sandro Serpa (Reviewing editor) (2020) Plagiarism in theses: A nationwide concern from the perspective of university instructors, *Cogent Social Sciences*, 6:1, DOI: 10.1080/23311886.2020.1751532
8. Peters, M. A., Jackson, L., Hung, R., Mika, C., Buchanan, R. A., Tesar, M., Besley, T. & Hood, N. ((open review)), Sturm, S. ((open review)), Farrell, B. ((open comment)), Madjar, A. ((open comment)) & Webb, T. ((open comment)) (2022) The case for academic plagiarism education: A PESA Executive collective writing project, *Educational Philosophy and*
9. Dawson, M. M. & Overfield, J. A. (2006) Plagiarism: Do Students Know What It Is?, *Bioscience Education*, 8:1, 1-15, DOI: 10.3108/beej.8.1 Theory, 54:9, 1307-1323, DOI: 10.1080/00131857.2021.1897574
10. Gürel E. & Merba, T. (2017). SWOT analysis: a theoretical review. *The Journal of International Social Research* Volume: 10 Issue: 51 August 2017.
11. Friesner, T. (2011). History of swot analysis. *Marketing Teacher*. 2000-2010.
12. Tavares Barbosa, N. C. ; Cordeiro, B. C.; Abrahão, A. L.; Xavier, M. L.; Silva de Carvalho, R.; Carvalho da Silva, R. O.; Ferreira Vieira, M. (2017) health education: the use of swot matrix for project analysis. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* . Nov2017, Vol. 11 Issue 11, p4298-4304. 7p.
13. Thomas, S., Chie, Q. T., Abraham, M., Jalarajan Raj, S., & Beh, L.-S. (2014). A Qualitative Review of Literature on Peer Review of Teaching in Higher Education: An Application of the SWOT Framework. *Review of Educational Research*, 84(1), 112–159. <https://doi.org/10.3102/0034654313499617>
14. Stoller, James K. (2021) A Perspective on the Educational “SWOT” of the Coronavirus Pandemic. *Chest*, Volume 159, Issue 2, 2021, Pages 743-748.
15. Benzaghta, M. A., Elwalda, A., Mousa, M. M., Erkan, I., & Rahman, M. (2021). SWOT analysis applications: An integrative literature review. *Journal of Global Business Insights*, 6(1), 55-73. <https://www.doi.org/10.5038/2640-6489.6.1.1148>.
16. Consorti, F., Kanter, S. L., Basili, S., & Ho, M.-J. (2021). A SWOT analysis of Italian medical curricular adaptations to the COVID-19 pandemic: A nationwide survey of medical school leaders. *Medical Teacher*, 43(5), 546–553.
17. Reason, P & Marsahll, J. (1987). Research as personal process (ch. 9) in Boud, D. & Griffin, V. (eds) *Appreciating adult learning: from de learner´s perspective*. London, Kogan page 112-126.
18. Vitello, S., Greateorex, J., & Shaw, S. (2021). What is competence? A shared interpretation of competence to support teaching, learning and assessment. *Cambridge University Press & Assessment*.
19. Cebrián G, Junyent M, Mulà I. (2020) Competencies in Education for Sustainable Development: Emerging Teaching and Research Developments. *Sustainability*. 2020; 12(2):579. <https://doi.org/10.3390/su12020579>
20. KANE, M. T. (1992). The assessment of professional competences. *Evaluation and the Health Profession* (15), 163-182.
21. Wagner, C. S., Roessner, J. D., Bobb, K., Klein, J. T., Boyack, K. W., Keyton, J., ... Börner, K. (2011). Approaches to understanding and measuring interdisciplinary scientific research (IDR): A review of the literature. *Journal of Informetrics*, 5(1), 14–26. doi:10.1016/j.joi.2010.06.004
22. Anzaldúa Arce, R. E. (2009). La teoría como elucidación. *TRAMAS 32 • UAM-X • MÉXICO • 2009 • PP. 217-23*
23. Rizwan MSM & Fahmithah Naas, AR (2022) Factors Affecting Undergraduates' Difficulties in Writing Thesis. *International Journal of Research Publication and Reviews*, Vol 3, no 10, pp 244-250, October 2022.
24. JASPARD, J.-M. (1995). Qu'est-ce que croire? Repères épistémologiques pour situer croyance et foi dans le contexte religieux., in *Catéchèse*, 2. Dossier croire à nouveau. Pps. 41.50.
25. AURIOX, S. (s.d.) (1990). Les notions philosophiques. *Dictionnaire*. Tome I. Paris: PUF.
26. FROMM, E. (1983). *El arte de amar*. Buenos Aires: Paidós
27. Sari, W. L. & Fakhruddiana, F. (2019) Internal locus of control, social support and academic procrastination among students in completing the thesis. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)* Vol. 8, No. 2, June 2019, pp. 363~368 ISSN: 2252-8822, DOI: 10.11591/ijere.v8i2.17043 p 363 *Journal homepage: http://iaescore.com/journals/index.php/IJERE*

## PERCEPCIONES Y METÁFORAS REGIONALES DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DE UNA POBLACIÓN RURAL.

**Autor:** Soria Huellen Facundo Antonio

**Asesor Especialista:** Dr. Ricardo Teodoro Ricci

Pasantía Rural Hospital Santa Rosa de Leales. Unidad de Práctica Final Obligatoria. FM – UNT

**Mail:** Facundosh1732@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El dolor es experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular, se trata de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente manifieste dolor. Por su parte, el dolor crónico ha sido definido como aquel dolor que persiste más allá del tiempo de la recuperación de una injuria, o por un lapso de más de tres meses.

El dolor crónico genera una auto percepción negativa por parte de quienes lo padecen, afecta la salud física y también psicológica, el padecimiento de dolor crónico se asocia con trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, y las ideas suicidas.

El lenguaje es el único modo que el enfermo tiene para comunicar sus dolencias y el único modo del clínico por sí mismo para aproximarse a los padecimientos. El análisis de las narrativas, se convierte en una herramienta central para el estudio de cómo las personas entienden e interpretan sus padecimientos.

Análisis antropológicos sobre cronicidad resaltan el protagonismo que tienen las expresiones de las personas para acceder a las particularidades y las características de las dolencias. Las palabras que las personas usan en el cotidiano reflejan a qué prestan atención, que piensan, qué intentan evitar, cómo se sienten y cómo organizan su mundo, estas intentan dar respuesta a la necesidad de los seres humanos de atribuir sentidos y significados a su experiencia de vida, pues las diferentes maneras de percibir, entender y vivir el malestar resultan en distintos modos de nombrarlo, y viceversa.

En este sentido, la metáfora nos permite transformar lo extraño en lo familiar. Los dolores y sufrimientos de las personas, que a simple vista parecen algo íntimo, personal e incommunicable, a través de las metáforas, adquieren forma, así el ser humano puede reconfortarse frente a estas experiencias.

Las metáforas son recursos que consisten en utilizar una palabra que literalmente significa una cosa, para expresar otra con la que tiene cierta similitud, facilitan la comprensión y transmisión de conceptos, además están presentes en el pensamiento y el discurso de las personas atendidas en el sistema sanitario y de los profesionales, facilitan la

comunicación y dan coherencia a los eventos distintivos de la salud y la enfermedad.

Las metáforas son básicamente culturales y propias de cada lengua. Diferentes culturas describen de forma muy diferente el dolor y unas usan más metáforas que otras y son difíciles de interpretar en contextos culturales diferentes.

En síntesis, el estudio de la narrativa del paciente trata de procesos de construcción de sentido y de significación a partir de los cuales, y en interacción con otros, quienes padecen organizan tanto la convivencia con el malestar como su visión de sí y de los otros.

### OBJETIVOS

Los objetivos fueron:

- Identificar las percepciones que los pacientes con dolor crónico tienen sobre su padecimiento.
- Identificar las metáforas regionales con las que los pacientes con dolor crónico se refieren acerca de sus padecimientos.
- Observar variaciones en el discurso de los pacientes teniendo en cuenta la valoración histórica de la intensidad de su dolor y la intensidad en la actualidad.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica. Se entrevistaron 14 pacientes con dolor crónico residentes en Santa Rosa de Leales, que aceptaron participar del estudio mediante consentimiento informado por escrito. La muestra se obtuvo utilizando como criterio la saturación conceptual, se excluyó del estudio a personas con trastornos del habla. Se solicitó a los participantes un consentimiento informado por escrito, donde se expuso que la participación era voluntaria y se garantizaba el anonimato y la confidencialidad de los datos registrados.

Se trabajó mediante una entrevista, la cual fue registrada a través de grabaciones y revisadas posteriormente para su análisis en profundidad, en la misma, se realizaron 4 preguntas: se indagó sobre la percepción

que tiene la persona de su dolor, con que compararían su padecimiento y que intensidad perciben del mismo tanto actualmente, como su valoración histórica. Para valorar la intensidad se utilizó una escala numérica de 1 a 10. Se analizaron secuencialmente las entrevistas, y se obtuvieron categorías y conceptos emergentes. A partir de ello se realizó el análisis correspondiente hasta la saturación.

## RESULTADOS

En lo referido a las respuestas de la primera pregunta “¿qué me puede contar de su dolor?”, el discurso de la mayoría de los encuestados, hacían primero referencia a la cronología de su dolor, a las circunstancias acompañantes del mismo, a su situación de vida en relación con el dolor, muy pocos se refirieron espontáneamente acerca de las características o de las percepciones del mismo y como este los afectaba individualmente. Se encontraron las siguientes categorías:

1. Alusión al suicidio o pensamientos relacionados con la muerte. Ejemplo: “cuando me está doliendo por ahí ya me da ganas de tontera que se me ponen en la cabeza quenó y por dentro es un dolor que tengo y me hago la cabeza y se me ponen boludeces en la cabeza”
2. Aislamiento. Ejemplo: “no aguanto a nadie del dolor”, “termino idiota y no aguanto a nadie”.
3. Aguantar. Ejemplo: “y bueno me lo banco al dolor o me compro un acetrón y me tomo eso y busco que me pase el dolor”.
4. Inexplicable. Ejemplo: “me duele normal, como le duele a uno, una persona, así más o menos, la verdad no sé cómo explicarte, yo comienzo a andar a hacer las cosas y ya me corta”.
5. Estado nervioso. Ejemplo: “te agarra nervio, te chapa los nervios por el mismo dolor, te chapa los nervios y es una cosa que no lo soportas, no te digo he sufrido mucho changuito, he sufrido mucho yo”.
6. Llanto. Ejemplo: “todo el tiempo estaba idiota digamos estoy así que no se si estoy entrando en la menopausia todas esas cosas digamos que me suma todo eso y bueno vivo llorando”
7. Enojo. Ejemplo: “y ahí ya me pongo idiota y ya no se bien que hacer”.
8. Intolerable. Ejemplo: “fuertísimo fue el dolor de entrada, era una cosa que yo no aguantaba”
9. Ser empujados o atropellados por el dolor. Ejemplos “me tiraba, parecía que me ha pasado un camión por encima”, “me planchaba el dolor”, “me tiraba a la cama, si ahora yo estoy ahí nomás yo”.
10. No interpretable o comprensible de manera literal: aquellas afirmaciones que no pueden ser comprendidas fuera del contexto o cuyas palabras tenían un significado personal para el interlocutor. Ejemplo: “me i hecho unos cartuchos”, “me salía aire”

En cuanto a la segunda pregunta de la encuesta, donde se solicitaba comparar el dolor con alguna experiencia o sensación:

1. Pinchazo/“hincarÓseo: afirmaciones acerca de la percepción del dolor en un plano profundo, en los huesos.
2. Quemadura/Quemante: Afirmaciones comparando la sensación percibida con lo experimentado durante una quemadura.
3. Opresión: afirmaciones referenciando una sensación de presión o gravativa en una zona del cuerpo.
4. Electricidad: Enunciados referenciando una sensación eléctrica que recorre el cuerpo.
5. Dolor gastrointestinal: comparaciones del dolor, con aquel experimentado durante una transgresión alimentaria.
6. Hormigueo: aquellas afirmaciones referenciando la sensación como un movimiento rápido y fino que se moviliza a través de la zona con dolor.
7. Inexplicable: Alusión a lo extraño de la experiencia o a la incapacidad de, por sus características, poder compararla con algo.

En cuanto a la variación del discurso teniendo en cuenta la valoración histórica del dolor y la intensidad del dolor actualmente, pudo identificarse 3 grupos:

1. Alta valoración histórica de la intensidad del dolor y baja intensidad actual: fueron los diálogos más extensos, en donde los pacientes más detalles aportaban, más receptivos estaban al diálogo, incluían una cronología detallada de los hechos que acompañaron a su padecimiento y como habían logrado resolverlo, daban importancia las circunstancias acompañantes al mismo, hacían comentarios acerca de cómo su situación afectaba a sus allegados.
2. Baja a moderada valoración histórica de la intensidad del dolor y baja intensidad actual: entrevistas más cortas, más enfocados en las preguntas realizadas, cronología de los hechos con pocos detalles, hablaban del tratamiento actual, no hacían comentarios espontáneos acerca de cómo el dolor afecto a sus vidas ni a sus allegados.
3. Moderada a alta intensidad actual: fueron los diálogos más acotados, respuestas de por lo general una frase, no hacían referencia a ninguna dimensión emocional ni social del dolor, solo referencias a las características del dolor actual.

## DISCUSIÓN

En los relatos de dolor se realizaron constantes referencias a una multiplicidad de malestares y sufrimientos que atraviesan a las personas y que exceden a la experiencia dolorosa en sí, es decir, cuando las personas se refirieron al dolor, no solamente hablaron de lo corporal, sino

que las descripciones se entremezclaron con las de otros sufrimientos asociados a situaciones y malestares de la vida cotidiana. Hay dolores que surgían de los relatos, pero que no están categorizados o reconocidos por el saber biomédico, sino que son sufrimientos vinculados con el día a día y las relaciones con otros.

En la primera pregunta, donde se permitía el diálogo libre, la mayoría de las categorías estuvieron enfocadas en la dimensión emocional, la única referencia que se hacía a lo estrictamente médico era la localización y la intensidad. Cuando los entrevistados hablaron de dolor, hacían referencia a una vivencia enteramente subjetiva, cada uno lo vivía a su manera, y en muchas ocasiones no eran comprendidos por sus familiares.

Al categorizar a los dolores como crónicos, implicaba que los malestares se prolongarían a lo largo del tiempo, sin un riesgo de vida inminente; sin embargo, resultado llamativo que, en las entrevistas, las referencias a la muerte hayan sido frecuentes y se fueron asociadas a los momentos intensos de dolor.

En cuanto a las metáforas encontradas, los interlocutores apelaron a distintos tipos de imágenes violentas o situaciones médicas comúnmente vividas por ellos: sensación de ser quemado, sensación de ser oprimido, o de una corriente eléctrica, todas vivencias que no resultaban extrañas para ellos y que habían sido experimentadas con anterioridad. Resultó curioso que en ocasiones la metáfora utilizada no correspondía con las descripciones semiológicas tradicionales que se tenía de las situaciones

patológicas relatadas por los entrevistados, por ejemplo la mayoría refirió un carácter punzante y se incluían dentro de ellos pacientes que padecían artrosis, artritis reumatoide, migraña, entre otros y a su vez en dolores en que la bibliografía relata un carácter distintivo, como en el caso del herpes zoster, la metáfora de ser quemante y eléctrico no surgió de manera espontánea, sino después de indagar y dialogar para intentar encontrar la comparación; posiblemente debido a que el foco de la atención en dolores crónicos es diferente, la corporalidad y la parte orgánica se ve perturbada por la dimensión emocional, haciendo que las características del dolor dejen de ser tan relevantes. El hallazgo de categorías referidas a situaciones patológicas vivenciadas previamente reforzó la idea del nacimiento de la metáfora desde la experiencia: dolores de parto, dolor gastrointestinal de víscera maciza, dolor óseo que va desde dentro estuvieron entre las categorías encontradas; tales descripciones serían difícilmente comprensibles para aquellos que no las hayan experimentado, pero a las personas que las emitían les ayudaban a transmitir un significado.

Por último, en los relatos los entrevistados contaban la cronología de su enfermedad, y en este, surgía su diagnóstico, sus terapéuticas y sus estrategias de afrontamiento. Es pertinente mencionar que la mayoría de ellos nombraban que su dolor era de origen músculo esquelético, y que su terapéutica incluía tanto un tratamiento farmacológico, como un plan de fisioterapia y que este último no podían recibirlo dentro del área de responsabilidad, destacando lo necesario y beneficioso que sería para ellos incluir esta prestación en el hospital.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco Naranjo EG, Chavarría Campos GF, Garita Fallas YM. Manejo multimodal del dolor crónico. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 21 de noviembre de 2022];6(4):e625. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/625>
2. López, M. G. L. P. G., and M. Gomez. Estudio nacional sobre prevalencia, características e incapacidad asociada al dolor en la población colombiana. *DOLOR* 2019 ; 8 (17): 17-25.
3. Acuña Aguilar C.F. Control del Dolor en personas con Demencia Avanzada. *Neurotarget.* 2017;11(3):1-3.
4. Berrocoso Martínez Alberto, Arriba Muñoz Leonor de, Arcega Baraza Adriana. Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 21];11(3):154-159. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2018000300154&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154&lng=es). Epub 01-Oct-2019.
5. Stonski Eduardo, Weissbrod Daniel, Vicens Jimena, Giunta Diego Hernán, Liarte Daniel, Agejas Rodrigo Javier et al . Prevalencia de dolor en la internación en un hospital de alta complejidad de Argentina. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 Ago [citado 2022 Nov 21] ; 147( 8 ): 997-1004. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000800997&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000800997&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000800997>.
6. Garzón MCV. El cuerpo invisible del dolor. [Ibague Tolima - Colombia]: **Universidad de Tolima**; 2019.
7. Covarrubias-Gómez A. Epidemiología del Dolor Crónico en Mexico *Neurotarget.* 2017;11(3): 24-27.
8. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, Kerns R, VonKorff M, Porter L, Helmick C. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Sep 14;67(36):1001-1006.
9. Cáceres-Matos, Rocío et al. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. *Scoping Review.. Revista de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 54 [Accedido 21 Noviembre 2022] , 39. Disponible en: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>>. Epub 17 Abr 2020. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
10. Moreti L.S. Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2010; 2 (3): 21-29
11. Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Izquierdo, R., Truyols, M. & Collado, D.. Consideraciones acerca de las alteraciones de la actividad cerebral en pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clínica* (2006), 2(5): 251-260.
12. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM, Cabrera-León A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. *Scoping Review. Rev Saude Publica* [Internet]. 2020;54:39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
13. Del Monaco R. Idiomas del dolor crónico Experiencias y saberes a partir de la migraña. Buenos Aires.: Editorial Biblos,; 2021.
14. Frutuoso Josema Tavares, Cruz Roberto Moraes. Relato verbal

- na avaliação psicológica da dor. *Aval. psicol.* [Internet]. 2004 Nov [citado 2022 Nov 22]; 3(2): 107-114. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712004000200005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000200005&lng=pt).
15. Tausczik YR, Pennebaker JW. The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *J Lang Soc Psychol* [Internet]. 2010;29(1):24-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0261927x09351676>
16. Batista MS. Caracterización del perfil de lenguaje en el trastorno depresivo y en el dolor crónico [Internet]. [Castilla y León]: Universidad de Salamanca; 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=255932>
17. Muller FG. Do sintoma à narrativa: como a psique se tornou interacional. *Familiare Instituto Sistêmico* [Internet]. 2011; Disponible en: <http://institutofamiliare.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Fernanda-Muller-2011-Do-sintoma-à-narrativa-como-a-psique-se-tornou-interacional.pdf>
18. Brockmeier J, Harré R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia* [Internet]. 2003;16(3):525-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722003000300011>
19. Carceller-Maicas, N. Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2018; 16(1): 269-283.
20. Turner, V., & Dewey, D. *An Essay in the Anthropology of Experience*. 1986 1° ed Estados Unidos Universidad de Illinois Chicago Capitulo 2 The anthropology of experience 33-44.
21. Bourdieu P ¿Que significa Hablar? 2001 1° ed España-Madrid Capitulo 2 La fuerza de la representación 87-96.
22. Cardona Suárez LF. Enfermedad y metáfora. *PT* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 25 de febrero de 2023];76(288):89-111. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/pensamiento/article/view/12965>
23. Nieto E. El papel de las metáforas en las experiencias de dolor. *Diálogos*. 2019;50(104):63-77.
24. JOSÉ A. PÉREZ, JUAN C. FERNÁNDEZ, BERTA FERNÁNDEZ, MONSERRAT DURÁN. EMPLEO DE METÁFORAS EN LAS SUGESTIONES HIPNÓTICAS PARA MANEJAR EL DOLOR ARTICULAR: ESTUDIO DE CASO. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012;17(1):57-73.
25. Berenguera A, Coma-Auli N, Carmona-Terés V, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Medina-Perucha L, et al. Vivir con artrosis de rodilla es como... La utilidad de las metáforas para entender la experiencia vital. *Atención Primaria Práctica* [Internet]. 2020;2(1-2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appr.2019.10.011>
26. Rubio, M. I. J. . Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social* 2003; (17): 79-99.
27. Fernández CA. Regionalismos léxicos en la flora patagónica. *Románica* [Internet]. 1974 [citado el 23 de noviembre de 2022];no. 7. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/14291>
28. Cáceres, C. H. La variación léxica en el Español de Argentina -Estudio panorámico de los regionalismos. *Ideas* 2005 (25)
29. De Kempeneer, B. AMERICANISMOS Y ARGENTINISMOS.
30. Margulies, S.. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida: Ensayo de antropología de la medicina. *Intersecciones en antropología* 2010: 11(1), 215-225.
31. Albornoz CM. Desafíos para Argentina en el siglo XXI: de la trampa del ingreso medio al envejecimiento poblacional. *Revista de Ciencias Empresariales y Sociales* [Internet]. 2019 [citado el 25 de febrero de 2023];1(2):64-75. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4885>
32. Bury M. Doençacrônica como ruptura biográfica. *TEMPUS* [Internet]. 29° de junho de 2011 [citado 22° de fevereiro de 2023];5(2):Pág. 41-55. Disponible en: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/963>
33. Cuyul Vásquez I., Araya-Quintanilla F.. Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2019 Feb [citado 2023 Feb 22]; 26(1): 44-51. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462019000100044&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000100044&lng=es).
34. Chacón González C, Rivera Fumero S, González Chavarría A. Actualización del herpes zóster. *Rev. méd. sinerg.* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 11 de marzo de 2023];5(9):e566. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/566>
35. Scarry, E. *The body in pain: The making and unmaking of the world* 2020 1 ed . Oxford University (2020):(pp. 324-326). Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003060338-55/body-pain-elaine-scarry>



escuela de  
pacientes

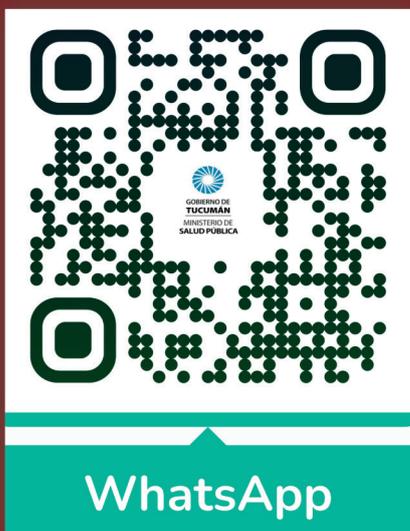
# Tele obste tricia

Consultas telefónicas  
para embarazadas  
y púerperas

# 24HS

# 0800-122-0450

Todos los días las 24 horas



Si estás embarazada y tenés pérdida de líquido o sangre, si tenés contracciones no esperadas, si sentís que hay disminución en los movimientos del bebé, si te duele la cabeza y se te hinchan los pies o tenés alguna duda.

**LLAMÁ AL 0800 O ESCANEÁ EL CÓDIGO QR Y CONSULTÁ**

MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE  
TUCUMÁN

## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

### 1. INSTRUCCIONES GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse en formato digital a: [revdirecinvest@gmail.com](mailto:revdirecinvest@gmail.com) con copia a [dir\\_investigacion@msptucuman.gov.ar](mailto:dir_investigacion@msptucuman.gov.ar). El texto debe presentarse en Word, con interlineado 1.5p, letra Arial, tamaño 12, hoja A4, con márgenes justificados y de 2,5 cm horizontal y vertical. Páginas numeradas consecutivamente. No se deben usar negritas, subrayado ni viñetas. La letra itálica sólo para palabras en otro idioma. Los títulos de todos los artículos deben redactarse en español e inglés y su extensión no debe superar los 160 caracteres con espacios incluidos.

Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional.

Título Abreviado: Se deben especificar entre 5 y 10 palabras clave que resuman los temas principales del artículo, que se ubicarán debajo del resumen o del copete, según corresponda al tipo de artículo. Se recomienda utilizar términos de la lista de descriptores que ofrece la Biblioteca Virtual de Salud en español, inglés y portugués. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>

Los autores deberán realizar la declaración de conflictos de intereses en la carta al editor (si corresponde), acorde a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICMJE, según su sigla en inglés: <http://www.icmje.org/recommendations/translations/> publicadas en los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica (normas de Vancouver) y disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/recursos/vancouver\\_2012.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/vancouver_2012.pdf).

Una vez aceptado el artículo para su publicación, el Editor se reserva el derecho a realizar modificaciones de estilo a fin de mejorar su comprensión pero sin afectar su contenido intelectual. La responsabilidad por el contenido de los artículos es de los autores.

#### 1.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias deben presentarse en superíndice, con números arábigos y en forma consecutiva según el orden en que aparecen en el texto. Las citas deberán incluirse al final del manuscrito, observando el orden y la numeración asignada en el texto. El estilo será el recomendado por el ICMJE. Las citas de artículos aún no publicados deben identificarse con las leyendas "en prensa" u "observaciones no publicadas" y deben contar con la autorización de los autores. Los títulos de las revistas deben abreviarse siguiendo el Index Medicus. Las revistas indexadas en Medline pueden consultarse en <http://www.nlm.nih.gov>. De no estar indexada se debe citar el nombre completo de la revista. Las referencias a "comunicaciones personales" deben evitarse por la imposibilidad de verificar la autenticidad del dato.

#### 1.2. TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

Los elementos gráficos, es decir tablas, gráficos, figuras y fotografías deben presentarse en documento separado, numerados consecutivamente, indicando la referencia en el texto. Se aceptarán hasta 4 tablas, gráficos, figuras y/o fotografías.

Además, deberán incluir título y epígrafe. En el epígrafe se colocarán: las referencias a símbolos o abreviaturas utilizando signos específicos en el siguiente orden: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, y las fuentes de datos utilizadas. Las letras, números y símbolos deben ser claros y de tamaño suficiente (se recomienda Times New Roman 8-12) para permitir su lectura una vez que han sido reducidas. La presentación de las tablas deberá ser en formato de celdas editables, elaboradas con Word o Excel.

El cuerpo de la tabla no debe contener líneas verticales. El título se presentará fuera de la tabla y en la primera fila los títulos de cada columna (breves). Los resultados cuantitativos deben incluir las medidas estadísticas obtenidas. Los gráficos deben ser auto explicativos y se presentarán en documento Excel, con sus coordenadas identificadas con el nombre de la variable representada e indicando el "n" si corresponde. Dimensiones de elementos gráficos. Las fotografías deben tener una resolución mínima de 300 dpi. Si son de personas deben respetar los principios de privacidad y contar con autorización escrita para su publicación.

#### 1.3. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Para evitar confusiones, se deben utilizar sólo abreviaturas estándares. La primera aparición en el texto debe indicar los términos completos, seguidos de la abreviatura entre paréntesis.

### 2. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

En esta sección se publican artículos de investigación inéditos sobre temas de salud. El Comité Editorial realizará una revisión inicial del manuscrito recibido, pudiendo rechazarlo de entrada o seleccionarlo para ser sometido a revisión por pares. La decisión del

Comité Editorial sobre la aceptación o rechazo de un artículo respecto de su publicación será inapelable.

El manuscrito debe ir acompañado por:

**Carta al Director General**, Dr. Luis Medina Ruiz, con los datos del autor responsable y en la cual conste que el artículo no ha sido enviado para consideración de otra revista, declaración de conflicto de intereses y de que todos los autores cumplen los criterios de autoría y aprueban la publicación del trabajo. En este sentido, la Revista adopta las recomendaciones del ICMJE. Dicha carta deberá informar también datos sobre el comité de ética que aprobó el proyecto (en caso de no corresponder dicha aprobación deberá ser justificado).

#### Cuerpo del manuscrito:

Deberá respetar el formato IMRyD: Introducción, Método, Resultados y Discusión -en esta última sección se agregará una conclusión final a modo de cierre. El Cuerpo total del artículo no debe exceder la 20 páginas formato A4 simple faz.

Las tablas, gráficos, figuras y/o fotografías deberán presentarse en documento separado y no podrán incluirse más de 5 en total. La extensión máxima admitida para las referencias bibliográficas es de 20 citas.

**2.1 Secciones del manuscrito**, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN

##### 2.1.1. Portada

La portada debe remitirse como documento separado con la siguiente información:

Título del artículo en español e inglés.

Título Abreviado: 5 a 10 palabras en español e inglés que resuman los temas principales del artículo

El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos y al último como director responsable del grupo.

Autor correspondiente o responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.

Fuentes de financiamiento (becas, laboratorios, etc).

##### 2.1.2 Resumen y Palabras clave

En la segunda página, se incluirá el resumen en idiomas castellano e inglés (abstract) y al pie del resumen se deben especificar entre 3 a 5 palabras claves en castellano e inglés (key words).

La extensión máxima es de 2500 caracteres con espacios para cada idioma. La estructura del resumen deberá ser la siguiente: Introducción (contexto o antecedentes del estudio y objetivo); Métodos (procedimientos básicos -selección de sujetos, métodos de observación o medición, etc.);

Resultados (los considerados relevantes con sus medidas estadísticas -si corresponde- y el tipo de análisis) y Conclusiones.

Se observará el uso del tiempo pretérito en su redacción, especialmente al referirse a los resultados del trabajo.

##### 2.1.3 Introducción

En esta sección se recomienda presentar los antecedentes del estudio, la naturaleza, razón e importancia del problema o fenómeno bajo estudio.

En los estudios cualitativos, se recomienda incluir con subtítulos el marco teórico o conceptual del estudio y explicarlo cómo los autores posicionan al mismo dentro del conocimiento previo. La Introducción también debe contener los propósitos, objetivos y las hipótesis o supuestos de trabajo.

##### 2.1.4 Materiales y Métodos

Debe contener la siguiente información, expuesta con precisión y claridad:

Justificación del diseño elegido.

Descripción de la población blanco, las unidades de análisis y del método de selección de las mismas, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda realizar una breve descripción de la población de donde se seleccionaron las unidades y del ámbito de estudio.

Detalle de las variables y/o dimensiones bajo estudio y de cómo se operacionalizaron.

## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Descripción de la técnica, instrumentos y/o procedimientos de recolección de la información, incluyendo referencias, antecedentes, descripción del uso o aplicación, alcances y limitaciones, ventajas y desventajas; y motivo de su elección, particularmente si se trata de procedimientos o instrumentos innovadores. Se deberán describir los medicamentos, sustancias químicas, dosis y vías de administración que se utilizaron, si corresponde.

Análisis de los datos: se deben describir las pruebas estadísticas, los indicadores de medidas de error o incertidumbre (intervalos de confianza) y parámetros utilizados para el análisis de los datos. Se requiere también definir los términos estadísticos, abreviaturas y los símbolos utilizados, además de especificar el software utilizado.

Deben redactarse en pretérito, ya que se describen elecciones metodológicas ya realizadas.

Consideraciones éticas: señalar a) si el estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación en salud, b) si se aplicó consentimiento y/o asentimiento informado y, c) si se cumplió con la Ley 25.326 de Protección de los datos personales. En caso de no corresponder el cumplimiento de alguno de estos puntos deberá ser justificado.

### 2.1.5. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación, con una secuencia lógica en el texto y en las tablas o figuras. Los Requisitos Uniformes recomiendan que se comience con los hallazgos más importantes, sin duplicar la información entre las tablas o gráficos y el texto.

### 2.1.6. Discusión

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación, con una secuencia lógica en el texto y en las tablas o figuras. Los Requisitos Uniformes recomiendan que se comience con los hallazgos más importantes, sin duplicar la información entre las tablas o gráficos y el texto. Se trata de resaltar o resumir lo más relevante de las observaciones.

Todo lo que se considere información secundaria puede presentarse en un apartado aparte, para no interrumpir la continuidad de la lectura. Deberá redactarse en pretérito, ya que se describen los hallazgos realizados.

### 2.1.7 Agradecimientos

### 2.1.8 Referencias Bibliográficas

### 2.1.9 Leyendas de Figuras y Gráficos

## 3. INSTRUCCIONES PARA SINOPSIS O COMENTARIOS DE ARTÍCULOS SOBRE TEMAS REVELANTES Y DE ALTO IMPACTO EN LA SALUD

Los artículos podrán tener una extensión máxima de 2 páginas (ver formato en Instrucciones Generales). Además, deberán incluir debajo del título la fuente completa de donde fue obtenido. Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional.

**3.1 Secciones de la sinopsis**, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN

#### 3.1.1. Portada

La portada debe remitirse como documento separado con la siguiente información:

Título del artículo en español e inglés.

Título Abreviado: 5 a 10 palabras en español e inglés que resuman los temas principales del artículo

El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos y al último como director responsable del grupo.

Autor correspondiente o responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.

#### 3.1.2 Cuerpo de la Sinopsis

Debe contener el título del artículo original, inglés o castellano, con los autores, la revista donde fue publicada, la editorial, el registro de ISBN o DOY. En caso de efectuarse una sinopsis de un artículo publicado en inglés debe incluirse una traducción del resumen y las palabras clave en español.

Comentario del autor: debe seguir el contexto del trabajo, donde el mismo podrá incluir apreciaciones que su experticia le permita de manera de facilitar la comprensión, el mensaje del artículo y la repercusión que este tendría sobre el avance del conocimiento

científico aplicado a la salud humana.

Deben elegirse para esto, artículos de reciente publicación, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista y ser tomados de revistas indexadas y de alto factor de impacto. Si el autor considera oportuno puede acompañar citas bibliográficas de artículos relacionados que serían de utilidad a los lectores que deseen profundizar en el tema (opcional)

## 4. INSTRUCCIONES PARA LAS PUBLICACIONES DE TRABAJOS FINALES DE RESIDENTES QUE SE DESEMPEÑAN EN ÁMBITOS DE ASISTENCIA SANITARIA QUE PERTENECEN AL MINISTERIO DE SALUD DE TUCUMÁN.

Los artículos podrán tener una extensión máxima de 5 páginas (ver formato en Instrucciones Generales). Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional, además se debe incluir el director y/o codirector del trabajo final si es que lo tuviese.

**4.1 Secciones de la publicación del trabajo final**, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN

Para estos se seguirá las mismas instrucciones generales de publicación como así también los puntos descriptos en la sección 2.1.1 a 2.1.9 de la sección Instrucciones para autores de artículos originales.

Deben elegirse para esto artículos de reciente finalización, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista.

## 5. INSTRUCCIONES PARA LAS PUBLICACIONES DE TRABAJOS DE ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS

Los estudios multicéntricos presentados podrán tener una extensión máxima de 5 páginas (ver formato en Instrucciones Generales, incluyendo las aprobaciones pertinentes de los comités de ética y los entes reguladores provinciales o nacionales). Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional, además se debe incluir el director y/o codirector del estudio si es que lo tuviese como así también el rol de los investigadores participantes.

**5.1 Secciones de la publicación del estudio multicéntrico**, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN.

Para estos se seguirá las mismas instrucciones generales de publicación como así también los puntos descriptos en la sección 2.1.1 a 2.1.9 de la sección Instrucciones para autores de artículos originales. Además a modo de conclusión deberá agregarse el siguiente punto:

#### 5.1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

#### 5.1.3 BENEFICIOS ESPERADOS PARA LA POBLACIÓN Y BENEFICIOS POTENCIALES DE LA INVESTIGACIÓN

En ambos casos fundamentar los alcances que reporta el estudio a la comunidad local, regional o global la realización del estudio y la proyección del mismo como herramienta, ya sea, diagnóstica, de tratamiento y seguimiento del protocolo, la droga o la innovación en materia de salud.

Deben elegirse para esto artículos de reciente finalización, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista.

## 6. INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE RESÚMENES PRESENTADOS A CONGRESOS REGIONALES, NACIONALES O INTERNACIONALES QUE FIGUREN EN ACTAS DEL CONGRESO O EVENTO CIENTÍFICO Y QUE HAYAN CONTADO CON ARBITRAJE PREVIO POR JURADOS O EL COMITÉ CIENTÍFICO DEL CONGRESO RESPECTIVO, LOS RESÚMENES DEBEN SER DE RESIDENTES QUE SE DESEMPEÑAN EN ÁMBITOS DE ASISTENCIA SANITARIA QUE PERTENECEN AL MINISTERIO DE SALUD DE TUCUMÁN

Los resúmenes serán idénticos al presentado al congreso y deberán incluir como dato el evento científico, el lugar de realización, la fecha del congreso y la sociedad científica o institución que lo organizara. En caso de tratarse de resúmenes publicados en actas de congreso que cuenten con número de propiedad intelectual o en suplementos especiales de revistas de la especialidad se deberá indicar el ISBN o DOY correspondiente.

Deben elegirse para esto resúmenes de reciente presentación, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista.

Si se tratase de un resumen presentado a un congreso internacional, el autor deberá acompañar su respectiva traducción al castellano (ver 2.1.2).



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA**



**GOBIERNO DE  
TUCUMÁN**

**Dirección de Investigación en Salud**  
Calle Virgen de la Merced 189 1° piso

**Ministerio de Salud de Tucumán**  
<http://msptucuman.gov.ar/direcciones-generales/direccion-de-investigacion-en-salud/>

**Contacto**

[dir\\_investigacion@msptucuman.gov.ar](mailto:dir_investigacion@msptucuman.gov.ar)  
[revdirecinvest@gmail.com](mailto:revdirecinvest@gmail.com)