

Título: Estudio experimental del trabajo en equipo y la influencia del *Perfil Óptimo PAP* sobre las competencias clínicas aplicadas por estudiantes militares durante el proceso de atención enfermera en situaciones de emergencia.

Autor/es:

Director de proyecto:

DEPAULA, Pablo Domingo

Equipo de Investigación:

Acosta, María Azucena

Bail Pupko, Vera

Becerra, Luciana

Castillo, Sergio Edgardo

Cazon, Eugenia Cristina

Coria, Sandra Isabel

López, Laura Estela

Piñeyro, Diego Raúl

Squillace Louhau, Mario Rodolfo

Suárez, Marta Elsa

Torres, Gloria Isabel

Tema: Fortalecimiento de Carreras de Grado y Posgrado (art. 43 de la Ley de Educación Superior, Ley 24.521). Línea de Investigación Prioritaria: Ciencias Sociales, Educación y Formación para la defensa.

Fecha: Lunes 08 de Junio de 2020

Palabras claves: Trabajo en Equipo - Perfil Óptimo PAP - Competencias Clínicas - Estudiantes Militares - Atención Enfermera de Emergencias.

Resumen:

El objetivo general de la investigación fue analizar las actitudes hacia el trabajo en equipo y la influencia del *Perfil Óptimo de Primera Ayuda Psicológica (PAP)* frente a situaciones críticas, i.e., variables psicológicas tales como la personalidad, los estilos de toma de decisiones, los estilos de afrontamiento al estrés, la reactividad emocional (empatía) y la apertura hacia la diversidad cultural, sobre la aplicación adecuada de competencias clínicas durante el proceso de atención enfermera de emergencia, con el propósito de analizar la existencia de diferencias en la adecuación y efectividad alcanzada frente a situaciones clínicas simuladas conforme se tratara de contextos de atención sanitaria *culturalmente* diferentes.

Abstract:

The general objective of the research was to analyze attitudes towards teamwork and the influence of the *Optimal Profile of Psychological First Aid (PAP)* in critical situations, i.e., psychological variables such as personality, decision making styles, styles of coping with stress, emotional reactivity (empathy) and openness towards cultural diversity, on the adequate application of clinical skills during the process of emergency nursing care, with the purpose of analyzing the existence of differences in the adequacy and effectiveness achieved in simulated clinical situations in culturally different health care contexts.

Introducción:

La formación superior universitaria de enfermeros constituye un compromiso académico para el cuidado de la salud y el bienestar social de las comunidades. La *expertise* acumulada en competencias clínicas, el comportamiento ético y la autoeficacia de los enfermeros reducen el riesgo inminente de daño en el paciente crítico (Hurley et al., 2008), junto con la experiencia autónoma y su relación con la competencia de autoevaluación de las propias prácticas, las responsabilidades como miembros del equipo de emergencia médica y el rol de supervisión de estudiantes (Lakanmaa, Suominen, Ritmala-Castrén, Vahlberg, & Leino-Kilpi, 2015).

A nivel mundial y regional, los reiterados eventos o situaciones de emergencia, desastre y catástrofe constituyen escenarios de importancia capital en la labor cotidiana de los servicios de enfermería en general; e.g., en Estados Unidos (EE.UU), la frecuencia e incertidumbre con la que se producen atentados o masacres escolares por parte de “tiradores” (*shootings*) demanda la participación de equipos de crisis y el desarrollo de protocolos de respuesta a potenciales emergencias masivas, de cuyos planes de contingencia participan activamente los enfermeros debiendo, por un lado, prepararse para improvisar al proporcionar primeros auxilios y, por otro, estar psicológicamente preparados para desarrollar sus planes de acción con respecto a un potencial trauma masivo a gran escala. Asimismo, frente a tales incidentes críticos, la experiencia del personal del Ejército suele ser más efectiva (Selekman & Melvin, 2017).

Bajo este panorama, en situaciones de emergencia y catástrofe, la toma de decisiones y el trabajo en equipo durante la fase de recepción y clasificación de las víctimas *-triage-*, y las posteriores acciones de enfermería a desarrollarse en la zona del evento o durante el traslado a los centros de atención médica, resultan cruciales para asegurar la aplicación técnica efectiva.

Guedes dos Santos, Dias da Silva Lima, Lima Pestana, dos Santos Colomé y Lorenzini Erdmann (2016) realizaron una investigación cualitativa estudiando el caso del departamento de emergencias (clínicas, quirúrgicas, ginecológicas y pediátricas) de un hospital universitario situado en el sur de Brasil, con el objetivo de analizar las estrategias utilizadas por enfermeros para promover el trabajo en equipo en una sala de emergencias. Para ello, se completaron un total de 40 períodos de observación durante todos los turnos y días de la semana, lo que dio como resultado casi 90 horas de observación no participante, al tiempo que se realizaron 20 entrevistas semi-estructuradas cuyos participantes fueron seleccionados intencionalmente (bajo el criterio de inclusión de haber trabajado durante más de seis meses en el servicio de emergencia). Los resultados indicaron que las estrategias empleadas por los enfermeros para promover el trabajo en equipo en la sala de emergencias eran la articulación de acciones profesionales (i.e., adquirir una visión general de la atención brindada a los pacientes, al equipo médico y de enfermería, coordinando acciones individuales de modo dinámico a través de la comunicación), el establecimiento de relaciones de cooperación (i.e., comunicación efectiva entre los profesionales de la salud facilitando

un buen flujo de trabajo y la integración en el servicio de emergencia -sobre todo, frente a pacientes de alto riesgo-), construcción y mantenimiento de lazos amistosos (i.e., mantenimiento de buenas relaciones interpersonales entre colegas asegurando un trabajo en equipo efectivo) y, por último, manejo de conflictos (i.e., relaciones interpersonales conflictivas entre enfermeros y médicos, sobre todo, por diferencias en la atribución del nivel de riesgo del paciente durante el *triage*). La integración entre los miembros del equipo de enfermería constituye entonces un aspecto determinante de la satisfacción en el trabajo enfermero (Borges de Melo, Alves Barbosa, & de Souza, 2011).

En España, analizando una muestra por conveniencia integrada por 136 profesionales de la salud (29 médicos y 107 enfermeras) pertenecientes a seis Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs, una unidad de hospital privado y las otras cinco de hospital público, todos hospitales universitarios de tercer nivel) a los que se les administró la escala denominada Actitudes Hacia el Trabajo en Equipo (*Attitudes Toward Health Care Teams*; Heinemann, Schmitt, Farrell, & Brallier, 1999), Del Barrio Linares y Reverte Sánchez (2010) hallaron que para un máximo de 120 y un mínimo de 20 puntos obtenidos en la escala, el 75,70% de los participantes obtuvieron una puntuación mayor de 90 puntos, indicando una adecuada actitud hacia el trabajo en equipo. Asimismo, los hombres obtuvieron puntuaciones más bajas en la escala que las mujeres ( $t = -3.886, p < .001$ ), al tiempo que los médicos también obtuvieron puntuaciones menores que las enfermeras ( $t = -5.048, p < .001$ ).

Particularmente, la enfermería militar constituye desde el punto de vista formativo y técnico-profesional un área de genuino interés para el desarrollo de competencias idóneas aplicables de manera efectiva en situaciones de emergencia y catástrofe.

Las plataformas sanitarias de la enfermería militar difieren a las propias de la enfermería civil (sobre todo, en situaciones bélicas). En tanto, los riesgos operacionales y las largas distancias implicadas en las acciones de evacuación aérea demandan especificidades tácticas muy propias de la formación médica militar, que divergen al entorno de preparación y prácticas civiles. En los últimos años, la atención táctica prehospitalaria del trauma de combate o el Cuidado de Urgencias de Combate (*Combat Casualty Care*, CCC) ha mostrado un desarrollo sustancial (e.g., en el Ejército israelí; Glassberg et al., 2014), dada la rápida evacuación de víctimas a instalaciones

quirúrgicas, la implementación estricta de guías de práctica clínica, y un sistema de trauma que investiga y ejecuta constantemente los cambios necesarios.

Un estudio reciente en el que se exploraron las experiencias vividas por 16 enfermeros civiles en la realización del *triage* durante la Guerra de Iran-Irak (1980-1988) analizando la historia oral reconstruida de los testimonios recopilados de entrevistas semi-estructuradas, arrojó categorías tales como el desarrollo del *triage* (e.g., traslado de víctimas a hospitales de campaña y centros de emergencia médica), el entorno "desafiante" para realizar el *triage* (i.e., nivel de experiencia para el manejo técnico de la emergencia, y del tiempo para efectuar el *triage* y brindar los servicios de sanidad requeridos), el desarrollo del equipo de *triage* "móvil" (i.e., para incrementar en tiempo y forma la recuperación de los heridos de gravedad antes del arribo a las unidades de emergencia, disminuyendo la mortalidad en los hospitales de campaña), y el desafío de los enfermeros para clasificar a las víctimas "químicas" (i.e., reconocimiento precoz del tipo de intoxicación, agente químico y síntomas asociados), concluyendo que durante tal contienda bélica existió un desbalance entre las necesidades y los cuidados dirigidos a las víctimas. No obstante, los enfermeros militares fueron capaces de afrontar las más dificultosas e impredecibles situaciones, mientras que los enfermeros civiles mostraron cierta incompetencia para organizarse ante situaciones críticas. Según los autores, el mayor problema ha sido la baja coordinación entre fuerzas, requiriendo la actuación de especialistas, enfermeros civiles y militares, para brindar un adecuado tratamiento a los heridos y, en general, para lograr un correcto manejo de crisis, entre otros servicios de salud (Firouzkouhi, Zargham-Boroujeni, Kako, & Abdollahimohammad, 2017).

En línea con lo anterior, un estudio cualitativo reciente realizado en los países nórdicos (i.e., Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) concluyó que la colaboración externa en el área de sanidad militar (e.g., relaciones con el medio civil), tanto en el ámbito académico como hospitalario dirigidos a la atención del trauma, contribuiría a fortalecer la investigación y medicina militar a nivel médico y enfermero, haciendo uso de métodos de enseñanza basados en la evidencia empírica, en la educación, entrenamiento, evaluación y calidad de los contenidos transmitidos en los cursos de formación profesional; específicamente, cursos breves, *e-learning*, simulación de pacientes, entre otras modalidades de transmisión y práctica de conocimientos adquiridos, mejorarían la efectividad profesional en la medida en que la sanidad militar

implica la exposición directa y el cuidado del paciente frente a ambientes extremos, altamente inciertos y hostiles (Sonesson, Boffard, Lundberg, Rydmark, & Karlgren, 2017). Por su parte, Arziman (2015) argumenta que Israel utiliza un modelo denominado *Disaster Medical Teams* (DMT) basado en personal militar con reservistas civiles, el que tiene la capacidad de integrar agencias civiles y militares en todos los niveles constituyendo un genuino ejemplo de cooperación e integración civil-militar.

Según un estudio de revisión de la literatura relativa al trabajo en equipo interprofesional en escenarios de trauma en el que se analizaron 24 artículos buscados desde el mes de Enero del año 2000 hasta el mes de Abril del 2013 en MEDLINE, PubMed y CINAHL, la evaluación de las intervenciones del equipo de trabajo (i.e., actividades realizadas en la práctica, -e.g., simulaciones, *coaching*, etc.-, actividades realizadas en el aula -e.g., habilidades de comunicación, roles y responsabilidad incluidas en la instrucción didáctica) se articulan en la coordinación de conductas interdependientes, modelos mentales compartidos y liderazgo colaborativo que facilita la toma de decisiones interdisciplinariamente (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013; Andrade Marques da Conceição e Neves, Pina Queirós, & Mendes Gaspar, 2014), resultando tales aspectos formativos de vital importancia para la formación enfermera dirigida a la actuación en situaciones de emergencia a fin de lograr un cuidado integral de las víctimas (Garlet, Dias da Silva Lima, Guedes dos Santos, & Quintana Marques, 2009).

En relación a la toma de decisiones durante el proceso enfermero, a través de un abordaje fenomenológico, Ruth-Sahd y Tisdell (2007) exploraron el significado y el uso de la intuición en una muestra de 16 enfermeros novatos durante su primer año de práctica, observando que tales estudiantes construyen conocimientos que luego aplican en la toma de decisiones, y la intuición, además de ser utilizada ocasionalmente en reemplazo o complemento de conocimientos científicos y procedurales, es conectada a determinados aspectos que surgieron como categorías emergentes del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los participantes del estudio, i.e., a experiencias de vida y de trabajo, a un “mentor” que fomenta en los novatos el registro auto-perceptivo de la intuitividad y su posibilidad de despliegue decisorio, a las relaciones entre enfermeros, médicos y *co-equipers*, a las conexiones que establecen con colegas, pacientes, y con sus propios recursos espirituales y, por último, a dimensiones de tiempo, de espacio y de tacto -siendo esta última una expresión

“empática” no-verbal sobre los pacientes frente a eventuales situaciones-. Los investigadores mencionados enfatizan también en que, tanto los espacios de trabajo de los estudiantes de enfermería como las particularidades de los ambientes de donde proviene la población de pacientes o víctimas, resultan singulares por la diversidad cultural que los distingue, motivo por el cual consideran imperativa la necesidad de que los educadores desarrollen en los novatos habilidades para incorporar y construir conocimientos y significados culturales, crear un clima de curiosidad y cuestionamiento que capture las experiencias diversas de los aprendices, inculcando en ellos un sentido de creatividad y de mayor tolerancia a diversos grados de incertidumbre, entre otros.

Los aspectos psicológicos de quienes brindan las primeras acciones de rescate y médicas durante la emergencia, así como las peculiaridades culturales del contexto, resultan triviales para lograr una adecuada asistencia (Souto, 2018). Marie, Hannigan y Jones (2017) realizaron un estudio cualitativo interpretativo sobre una muestra de 15 enfermeros palestinos concluyendo que los desafíos de la enfermería actual implican la preparación para actuar en contextos culturales más amplios y desarrollar la resiliencia de los enfermeros (e.g., mejorando su actuación en desastres naturales de larga escala; Scrymgeour, Smith, & Paton, 2016) a través de la capacitación y el aprendizaje contribuyendo a la reflexión y la supervisión, mejorando sus habilidades de afrontamiento, autoconfianza y eficacia.

El fenómeno de la diversidad cultural entonces, no resulta ajeno a las prácticas sanitarias, sobre todo, a la labor cotidiana de los enfermeros. Tales profesionales deben esforzarse por satisfacer las necesidades de pueblos cada vez más diversos, regiones o áreas fronterizas, lo que resulta crucial para brindar atención culturalmente competente y centrada en el paciente, perfeccionar la gestión de los sistemas de salud, contribuyendo a reducir las disparidades psicosociales; en tanto, los equipos de enfermería multicultural constituyen también una fuerza de trabajo significativa ya que representan el mayor grupo de proveedores de atención médica de primera línea, estando en contacto cercano con pacientes de diversos orígenes culturales (Keshet & Popper-Giveon, 2016; Omeri, Lennings, & Raymond, 2006).

Lal y Spence (2016) analizaron fenomenológicamente la enfermería humanitaria en países en desarrollo entrevistando en profundidad a 2 enfermeras y 2 enfermeros

neozelandeses de entre veinte y cuarenta años de edad, con dieciocho años de experiencia desarrollando este tipo de labor en entre una y nueve misiones (i.e., atención intensiva cardíaca pediátrica, enfermería general de cuidados intensivos y enfermería militar). Los autores concluyeron que el conocimiento especializado y la experiencia acumulada en enfermería son esenciales pero no suficientes para el trabajo humanitario; en tanto, la comprensión de las culturas locales produce en los profesionales sentimientos positivos acerca de su efectividad alcanzada durante la práctica enfermera, afrontando positivamente a los desafíos éticos, morales y profesionales propios de este tipos de regiones precarias (institucional y económicamente).

Actualmente, se ha investigado experimentalmente acerca de la efectividad en la aplicación de primeros auxilios psicológicos de voluntarios civiles y militares (i.e., Bomberos Voluntarios, Defensa Civil, Cruz Roja Argentina, Ejército Argentino - cadetes estudiantes de la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergentología y Trauma del Colegio Militar de la Nación, CMN-) frente a situaciones de catástrofe simuladas (en la Zona 1; Azzollini, Depaula, Bail Pupko, Becerra, & Vidal, 2016; Torres et al., 2015). Tales estudios permitieron concluir en la construcción de un *Perfil Óptimo de Primera Ayuda Psicológica* (PAP), el que implica la portación de variables psicológicas individuales en los voluntarios promoviendo la efectiva aplicación de la PAP, i.e., una personalidad abierta a la experiencia, con apertura al otro culturalmente diverso, personalidades honestas y eruditas, con un estilo de toma de decisiones preferentemente racional o analítico, que despliegan estrategias de afrontamiento diferentes a la percepción de las situaciones de catástrofe como irrelevantes o amenazantes favoreciendo la debida actuación en la zona del evento (Azzollini, Depaula, Cosentino, & Bail Pupko, 2018; Bail Pupko, Becerra, Azzollini, Depaula, & Cosentino, 2017).

En suma, el proceso académico e instructivo de adquisición de habilidades expertas presenta diversos niveles, ya sea la participación completa en un programa formal de entrenamiento (e.g., policías, militares, personal de emergencias), la capacitación de estudiantes que han finalizado un programa formal de educación (e.g., médicos, enfermeros, maestros o profesores), como también aquellos profesionales en servicio quienes han sido preparados para alcanzar un status de *expertise* que les permita actuar u operar en su labor diaria de forma no supervisada (Fadde, 2009). Particularmente, la



formación de enfermeros para trabajar en situaciones de emergencia tiene como desafío entonces, mejorar las habilidades de comunicación y el trabajo en equipo a través de escenarios simulados realistas (Kress, Tasota, Broge-Connor, & Jackson, 2017), *role-playing* o lo que se conoce como entrenamiento basado en simulación (*simulation-based training*, SBT; Salas, DiazGranados, Weaver, & King, 2008), el que permite a los participantes experimentar procesos cognitivos y conductuales con gran apariencia a los que ocurrirán en su labor cotidiana.

Con todo, el problema de investigación que se plantea supone analizar en qué medida la adecuada competencia o habilidad para el trabajo en equipo, la posesión de un estilo de toma de decisiones particular (i.e., deliberado vs. intuitivo), la apertura hacia la diversidad cultural (entre otras variables que constituyen el *Perfil Óptimo PAP*) resultan predictores de la adecuación de las acciones de enfermería brindadas en situaciones de emergencia. Surge entonces el interrogante general acerca de si el contexto de la emergencia (i.e., atravesado por el fenómeno de la diversidad cultural) influye sobre la *performance* enfermera.

En consideración de la literatura revisada, el presente estudio parte de las siguientes hipótesis:

H1: Los estudiantes que manifiestan un mayor nivel de competencias clínicas durante el proceso de atención enfermera de emergencias presentan actitudes hacia el valor y la eficiencia del trabajo en equipo.

H2: Existen diferencias en el uso adecuado de las técnicas de atención enfermera de emergencias conforme al nivel de incertidumbre ambiental que caracteriza al contexto de acción (i.e., idiosincrasia o diversidad cultural). Las diferencias culturales disminuyen la efectividad de la atención enfermera.

H3: Un mayor nivel de apertura al otro culturalmente diverso influye sobre las actitudes hacia el valor y la eficiencia del trabajo en equipo y sobre la *performance* alcanzada durante el proceso de atención enfermera de emergencias.

H4: Los estudiantes que presentan los rasgos psicológicos del *Perfil Óptimo PAP* aplican competencias clínicas de mayor nivel durante el proceso de atención enfermera de emergencias.

H5: El *Perfil Óptimo PAP* resulta un predictor positivo significativo de la *performance* alcanzada por los estudiantes durante el proceso de atención enfermera de emergencias.

Objetivo General:

Analizar las actitudes hacia el trabajo en equipo y la influencia del *Perfil Óptimo PAP* sobre la aplicación precisa o correcta de competencias clínicas durante el proceso de atención enfermera en situaciones de emergencia.

Objetivos Específicos:

O1: Explorar las relaciones entre la *performance* técnica-clínica alcanzada por los estudiantes durante el proceso de atención enfermera de emergencias y las actitudes hacia el valor y la eficiencia del trabajo en equipo.

O2: Analizar si existen diferencias en el uso adecuado de las técnicas de atención enfermera de emergencias conforme al nivel de incertidumbre ambiental que caracteriza contexto de acción (i.e., idiosincrasia o diversidad cultural).

O3: Indagar si el nivel de apertura al otro culturalmente diverso presente en los estudiantes militares influye sobre las actitudes hacia el valor y la eficiencia del trabajo en equipo y sobre la *performance* alcanzada durante el proceso de atención enfermera de emergencias.

O4: Evaluar si los rasgos psicológicos del *Perfil Óptimo PAP* se relacionan con la aplicación de competencias clínicas de mayor nivel durante el proceso de atención enfermera de emergencias.

O5: Analizar si el *Perfil Óptimo PAP* resulta un predictor positivo significativo de la *performance* alcanzada por los estudiantes durante el proceso de atención enfermera de emergencias.

Desarrollo:

***Revisión de la literatura y actualización del estado del arte.***

Durante los primeros meses de la investigación, el equipo respectivo realizó el relevamiento de antecedentes científicos sobre la temática del trabajo en equipo de emergencias enfermeras o médicas, y diversidad cultural, a los fines de orientar el diseño de investigación considerando los trabajos preliminares, en ambientes simulados, sobre todo. El primer semestre de trabajo implicó la realización de diversas reuniones de equipo para promover la discusión constructiva y el consenso entre el director del proyecto, la directora de la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergencia y

Trauma del Instituto, la coordinadora de la carrera, y el resto de los integrantes del equipo de proyecto, i.e., docentes enfermeros, todos con amplia *expertise* en el área, con el objetivo de comprender la importancia de analizar la actuación en emergencias en ambientes culturalmente diversos, analizar puntos críticos de la teoría y la práctica enfermera, y lograr un diseño de investigación capaz de instrumentarse vía simulación, conforme a las características de infraestructura, posibilidades de tiempos curriculares de formación de los cadetes de segundo, tercero y cuarto año permitiendo su participación en un determinado momento del ciclo lectivo del año 2019, en el que se encuentren ya debidamente formados en las competencias clínicas requeridas para resolver las situaciones experimentales que serían diseñadas.

Cabe aclarar que las actividades de revisión y actualización bibliográfica se extendieron hasta el mes de Noviembre del 2019, paralelamente al ajuste definitivo del diseño metodológico y la redacción de los resultados preliminares del estudio.

### ***Diseño de investigación.***

Para cumplir con el mencionado objetivo general de investigación, en principio, se diseñó un estudio explicativo de tipo transversal con un abordaje experimental factorial al azar 2x2, cuya variable independiente fue el ambiente de atención enfermera (servicio de guardia hospitalaria situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vs. servicio de guardia hospitalaria situado en el límite fronterizo de Argentina-Bolivia), y la variable dependiente fue la precisión o adecuación de la atención enfermera brindada. Considerando tales condiciones artificialmente generadas, se elaboró un “caso clínico” que requeriría atención enfermera de emergencias sobre una víctima resultante de un accidente de tránsito de múltiples víctimas, siendo esta tarea realizada en gran parte por las docentes enfermeras del equipo (dotadas de vasta *expertise* en la temática); para el grupo control (n = 15), la situación de emergencia a atender se presentó (de modo simulado) en un servicio de guardia hospitalaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cercano a la zona donde se produjo el supuesto accidente, mientras que para el grupo experimental (n = 15) la situación de emergencia se planteó hipotéticamente en la Provincia de Salta (en un sitio cercano a la frontera argentino-boliviana, más precisamente, entre las localidades de “Profesor Salvador Maza” -Argentina- y Yacuiba -Bolivia-, próximos a la localidad de salteña de Tartagal).

**Muestra.**

Se seleccionó una muestra no probabilística por cuotas de un total de 30 estudiantes militares cursantes de la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergentología y Trauma del Colegio Militar de la Nación (CMN), correspondientes al II, III y IV año.

**Distribución de la muestra**

| Tratamientos Experimentales  |  |
|--|--|
| <p><b>Atención enfermera sobre una víctima de un accidente de múltiples víctimas en un servicio de guardia hospitalaria (CABA).</b></p> <p>&lt;&lt;<i>menor incertidumbre ambiental o cultural</i>&gt;&gt;</p> <p><i>Grupo Control:</i><br/>5 grupos, c/u integrados por 1 Cad II, 1 Cad III y 1 Cad IV (por cada equipo de asistencia enfermera).</p> <p>15 Cad</p> | <p><b>Atención enfermera en el sitio idiosincrático de ocurrencia de un accidente de múltiples víctimas, servicio de guardia hospitalaria (Límite fronterizo Argentina-Bolivia).</b></p> <p>&lt;&lt;<i>mayor incertidumbre ambiental o cultural</i>&gt;&gt;</p> <p><i>Grupo Experimental:</i><br/>5 grupos, c/u integrados por 1 Cad II, 1 Cad III y 1 Cad IV (por cada equipo de asistencia enfermera).</p> <p>15 Cad</p> |

Total: 30 casos

El nivel de incertidumbre del ambiente de trabajo estuvo estructurado en ambos grupos por la participación breve -en determinado momento del *role-playing*- de la “pareja” de la víctima (*rol actoral*) quién manifestaba eventualmente, según cada caso, una comunicación verbal y gestual acercándose a la sala, típica del ambiente cultural de cada hospital, y con vestimenta afín (a los fines de identificar si la intervención clínica

de los equipos se veía afectada por los patrones culturales diversos emergentes en el cuadro; sobre este aspecto se volverá con mayor detalle en el apartado que sigue, i.e., “Procedimiento”).

***Procedimiento.***

Previo de comenzar con la realización del experimento y la administración de test psicométricos, el director del proyecto e investigadores del equipo reunieron a los 30 participantes en un aula amplia del Instituto explicándoles la idea general de la investigación, i.e., el estudio de las competencias clínicas frente a un caso simulado al que deberían atender, bajo la siguiente “*consigna general*”:

*La idea general es que cada equipo responda coordinando acciones y que cada miembro contribuya a la atención del paciente, de la situación, con las habilidades y herramientas que ha aprendido durante los años y niveles que ya ha transitado en la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergentología y Trauma. Su participación es de carácter VOLUNTARIO. Ante cualquier duda o inquietud durante el desarrollo de las tareas a realizar, pueden consultar al equipo de investigación, pudiendo interrumpir la tarea solo cuando se trate de alguna cuestión que pueda resultar extremadamente negativa o perjudicial para cada uno de ustedes o del equipo.*

*El desempeño alcanzado durante la situación no será evaluado y/o calificado influyendo sobre sus notas académicas, siendo de carácter CONFIDENCIAL. En tal sentido, la información individual y grupal relevada del estudio, será de utilidad solo a los fines científicos.*

*Recuerden también, que todos ustedes durante el año pasado recibieron una capacitación acerca de Primera Ayuda Psicológica frente a situaciones de emergencia y catástrofe; tengan presente lo aprendido en dicha oportunidad, cuando pudieran requerirlo para afrontar y manejar el estrés y el contexto de la situación los más óptimamente posible.*

*Muchas gracias por su participación; que sea con entusiasmo y éxito.*

Trasmitida la anterior consigna general, los 10 equipos fueron conducidos a diversas aulas del Instituto, evitando que quienes iban participando del experimento, no tomen contacto con quienes lo harían posteriormente, de forma tal que los primeros no

divulguen la tarea realizada a fin de mantener iguales condiciones informativas para todos los sujetos y respectivos equipos.

Para una mejor comprensión metodológica, a continuación, se presenta un esquema descriptivo detallando el caso clínico planteado para cada grupo (control vs. experimental), y la información y/o consigna específica transmitida a los participantes previo de comenzar a operar sobre la situación simulada:

| Descripción del <b>caso Control</b> |   |
|-------------------------------------|---|
| Información para los participantes  | <p>Se trata de un chofer de ómnibus de 29 años de edad, de género masculino, el que trasladaba estudiantes adolescentes de educación media. Como consecuencia de la colisión vehicular, el sujeto en cuestión fue expulsado de la cabina de conducción atravesando el vidrio del parabrisas, quedando tendido en el asfalto. El diagnóstico general presuntivo corresponde a un politraumatismo, acompañado de un estado de shock (alteración de conciencia, pupilas ligeramente dilatadas, piel pálida y sudorosa).</p> <p>Esto sucede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</p> <p>Equipo de enfermería que recibe al accidentado, corresponde a 3 enfermeros, pertenecientes al Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.</p> |

| Descripción del <b>caso experimental</b> |  |
|--|--|
| Información para el estudiante           | <p>Se trata de un chofer de ómnibus de 29 años de edad, de género masculino, el que trasladaba estudiantes adolescentes de educación media. Como consecuencia de la colisión vehicular, el sujeto en cuestión fue expulsado de la cabina de conducción atravesando el vidrio del parabrisas, quedando tendido en el asfalto. El diagnóstico general presuntivo corresponde a un politraumatismo, acompañado de un estado de shock (alteración de conciencia, pupilas ligeramente dilatadas, piel pálida y sudorosa).</p> <p>Esto sucede en la Provincia de Salta, en la localidad de Tartagal.</p> <p>El equipo de enfermería que recibe al accidentado, corresponde a 3 enfermeros pertenecientes al Hospital Juan Domingo Perón.</p> |

En ambos casos, el diagnóstico general presuntivo correspondía a un *politraumatismo*, acompañado de un estado de shock (alteración de conciencia, pupilas ligeramente

dilatadas, piel pálida y sudorosa). El abordaje del equipo de enfermería requeriría identificar correctamente la existencia de hipotensión arterial asociada a un shock hipovolémico, probablemente, como consecuencia de una lesión intrabdominal, no diagnosticada al momento (tarea experimental a resolver). La víctima requirió de las siguientes actividades clínicas por parte del equipo de enfermería:

- ✓ Reconocimiento de víctima.
- ✓ Evaluación del nivel de conciencia.
- ✓ Inmovilización de la víctima.
- ✓ Control hemodinámico.
- ✓ Control de vía aérea.
- ✓ Evaluación de pupilas.
- ✓ Traslado de maletín conteniendo elementos necesarios para la primera atención (según protocolo de actuación).
- ✓ Colocación de acceso venoso periférico, con soluciones infundiendo.
- ✓ Valoración céfalo caudal.
- ✓ Colocación de máscara de oxígeno.
- ✓ Acompañamiento y contención de la víctima y del familiar acompañante.

Paralelamente, para ambos casos, implícitamente existían objetivos de aprendizaje y evaluación tales como reconocer el ambiente de emergencia, ejercitar roles de liderazgo en la situación de emergencia, hacer uso debido de toda la información disponible, enfocar la atención con sabiduría práctica, anticipar eventos y planificar, movilizar todos los recursos disponibles, asignar prioridades de modo dinámico, establecer una comunicación efectiva, trabajo en equipo y distribución de tareas.

***Espacio físico de realización del experimento.***

Los tratamientos experimentales fueron aplicados en el *Laboratorio de Simulación Clínica* del Colegio Militar del la Nación, estando dotado tanto para el grupo control como experimental de determinados elementos de atención clínica, localizados en el espacio de actuación por los docentes enfermeros de la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergencia y Trauma del Instituto, integrantes del equipo de proyecto, quienes se ocuparon de la logística y de la administración de las consignas experimentales a los participantes. Los elementos se detallan a continuación:

- ✓ Muñeco simulador.
- ✓ Collar de Filadelfia.
- ✓ Tabla rígida de transporte.
- ✓ Mesa con ruedas, de transporte (2).
- ✓ Cajas de agujas, catéteres, jeringas.
- ✓ Set de oxigenoterapia.
- ✓ Monitor multiparamétrico.
- ✓ Cajas de guantes de látex.
- ✓ Gasas, apósitos, algodón, cintas.
- ✓ Ampollas de uso medicamentoso (adrenalina, amiodarona, entre otras).
- ✓ Tubo de oxígeno.
- ✓ Cama, colchón, sábanas.
- ✓ Camilla de transporte.
- ✓ Mascara de reanimación cardiopulmonar (bolsa autoinflable, varias).
- ✓ Pie de suero.
- ✓ Soluciones parenterales.
- ✓ Soluciones antisépticas (alcohol, clorhexidina).
- ✓ Tensiómetro, estetoscopio, termómetro, sensor de glucemia, oxímetro de pulso.
- ✓ Guías perfus, sondas de aspiración, tubos endotraqueales.
- ✓ Lebrillo.
- ✓ Aspirador portátil.

Ubicada aproximadamente a una altura de dos metros, por detrás del espacio de labor de los equipos de emergencia enfermera, y debidamente camuflada y oculta, una videocámara Full HD con toma de sonido directo, registró la actuación de los participantes durante el experimento, a los fines de que los técnicos informáticos de imagen y sonido, posteriormente, editaran los clips resultantes en formatos mp4, generando videograbaciones y audio que posteriormente permitiera a los evaluadores expertos visualizar y escuchar detenidamente los videos analizando la performance de los participantes, pudiendo entonces completar una “Rúbrica” para la valoración de competencias en enfermería de emergencias, sobre la que se volverá en breve.



A continuación, se presentan algunas imágenes del instrumental mencionado:



Durante el desarrollo del experimento, los participantes de cada equipo de trabajo debieron atender a dos actividades, a saber: a) la atención del paciente politraumatizado, b) la comunicación y manejo de la situación de emergencia frente al familiar acompañante de la víctima (véase el apartado correspondiente a la composición de la Muestra).

Con respecto al punto “a”, mientras que los participantes atendieron a la víctima según el cuadro observado y el instrumental del que disponían, una *voz en off*, presentada durante 3:08 minutos por altoparlante, entregaba información clínico-médica generando incidentes críticos en la evolución del paciente, debiendo los participantes actuar en consecuencia. A continuación, se presenta la desgravación de la voz en off detallando la progresión temporal en cuatro fases diferentes y los signos y síntomas transmitidos:

- 1) **0:00 a 0:35 segundos:** *El paciente presenta los siguientes valores de tensión arterial: 80-40 mm de Hg y una frecuencia cardíaca arrítmica.*
- 2) **0:35 a 1:42: segundos:** *El paciente presenta una saturación de 84%, comienza con una emesis con contenido gástrico hemático.*
- 3) **1:42 a 3:03 minutos:** *El paciente comienza a convulsionar.*
- 4) **3:03 a interrupción de la intervención:** *El paciente entra en paro cardiorrespiratorio.*

Dicho esto, una vez que el paciente entraba en paro cardiorrespiratorio, uno de los enfermeros investigadores detenía el accionar de la totalidad de los equipos participantes dando aviso de que debían finalizar las maniobras (de Resucitación Cardiopulmonar -RCP-, para el caso de algunos equipos que tuvieron la iniciativa de aplicar la dicha técnica de emergencia).



Con respecto al punto “b”, i.e., la comunicación y manejo de la situación de emergencia del equipo frente al familiar acompañante de la víctima durante el experimento, como ya se ha adelantado, dicho aspecto constituye la manipulación de la variable independiente, i.e., el ambiente de atención enfermera (servicio de guardia hospitalaria situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vs. servicio de guardia hospitalaria situado en el límite fronterizo de Argentina-Bolivia). Para cumplir con dicho criterio metodológico, en los tratamientos experimentales para grupos controles, la esposa de la víctima (i.e., una joven que desplegaba un “rol actoral” entrenada previamente para encarnar dos roles culturalmente diferentes) se acercaba reiteradamente a la camilla donde yacía su esposo, vestida con indumentaria típica de la capital del país, exclamando las siguientes súplicas mediante ademanes y gestos de nerviosismo y angustia, “¿Cómo estás? ¿Estás bien? Ayuda, por favor, se muere... Denle algo que lo cure, un remedio...”. Para los grupos experimentales, la esposa de la víctima se

acercaba a la camilla reiteradamente, vestida y maquillada con ropa “típica” del altiplano (lo mismo que el maniquí de simulación, i.e., la víctima), exclamando mediante idénticos ademanes y gestos de nerviosismo y angustia, y repitiendo las mismas palabras que en la actuación de los grupos controles, pero en idioma *quechua*, “¿Allillanchu? Yanapay, wañurpariy... K’iri hampi...”, representando dichas frases los siguientes significados:

**Allillanchu:** ¿Cómo estás? ¿Estás bien?

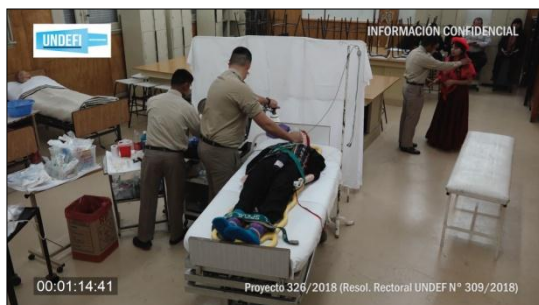
**Yanapay:** Ayudar, socorrer; favor, protección.

**Wañurpariy:** Morir de muerte violenta (o “wañux”: el que muere).

**K’iri hampi:** Remedio para la herida, sustancia medicinal.



La diferencia idiomática tuvo como objetivo generar la *impronta de diversidad cultural* a fin de testear diferencias en la actuación y manejo situacional conforme a las dificultades en la comprensión idiomática. Para ello, el equipo trabajó durante el cuarto, quinto y sexto mes en la búsqueda de bibliografía y texto relacionado al idioma quechua, mediante la herramienta de Google y otros diccionarios específicos.



En suma, la víctima presentó entonces, en ambos grupos (control vs. experimental), idénticas condiciones clínicas (i.e., politraumatismo, acompañado de un estado de shock) -exceptuando su nacionalidad y características de su familiar acompañante-, tras lo cual, los participantes del grupo control y del grupo experimental, debieron aplicar idénticas técnicas enfermeras para la valoración diagnóstica del cuadro clínico, operando sobre un simulador (*maniquí*). El nivel de precisión o adecuación de la atención enfermera brindada fue evaluado, en una fase posterior, por dos enfermeros expertos en emergencias y trauma a través de una “Rúbrica” especialmente diseñada por

el equipo de investigación para aplicar al caso clínico simulado, tipología de grilla de valoración de competencias en el ámbito sanitario, ampliamente utilizada en los servicios de enfermería permitiendo la evaluación de prácticas de modo estandarizado y/o protocolizado. Dicho instrumento, diseñado por una de las enfermeras profesionales del equipo, constó de diez categorías de evaluación, a saber, 1. *Apto para ejecutar tareas de enfermería, en forma directa (procedimental)*, 2. *Interviene en la protección, recuperación del paciente herido*, 3. *Relevancia del trabajo en equipo durante el tratamiento (compromiso)*, 4. *Búsqueda de material adecuado para la recuperación del herido (procedimental)*, 5. *Aplica diferentes métodos de abordaje para proteger al herido*, 6. *Consistencia en la gestión de cuidados especiales*, 7. *Cumple en la iniciativa, creatividad y criterio de atención*, 8. *Organiza y es eficiente en el rol enfermero asistencial en la Emergencia*, 9. *Participa activamente con responsabilidad cultural*, y 10. *Presenta respeto y tolerancia en las conversaciones durante el traslado*; cuyas puntuaciones totales arrojadas por la sumatoria de las diez características mencionadas, permitió calificar el nivel de competencia de los participantes en seis gradientes diferenciados, a saber: *Insuficiente* (0-1-2-3 puntos, “competencia no adquirida”), *Regular* (4-5 puntos, “competencia no adquirida”), *Bueno* (6-7 puntos, “nivel de adquisición media”), *Muy Bueno* (8 puntos, “competencia adquirida”), *Distinguido* (9 puntos, “competencia adquirida”), o *Sobresaliente* (10 puntos, “competencia adquirida”).

Finalizada la edición de los diez clips de video en formato mp4 por parte de los técnicos informáticos contratados, dos enfermeras expertas en emergencias analizaron el material audiovisual resultante del accionar durante los tratamientos experimentales de cada equipo e individualmente, calificando individualmente la performance alcanzada durante la atención de la víctima y la reacción al contexto, mediante el completamiento de la Rúbrica (i.e., evaluación de contenido por *jueces expertos*). Posteriormente, realizaron una puesta en común, discusión y búsqueda de consenso en la calificación asignada, comparando las diferencias en la evaluación de cada una, volviendo a visualizar los videos y a analizar cada caso que arrojara diferencias en las calificaciones parciales y finales individuales, para definir consensuadamente un ajuste en el criterio de evaluación y, concomitantemente, en la calificación resultante. Dicha evaluación definitiva, fue integrada a una matriz de datos generales en formato SPSS 22.0, la que contemplaba los datos relevados de la administración de la batería psicométrica.

***Administración de batería de test psicométricos.***

Una vez que cada equipo finalizó el accionar clínico durante la fase experimental del estudio (i.e., cuando uno de los investigadores enfermeros del equipo daba aviso del cese de maniobras, habiendo entrado el paciente en paro cardiorrespiratorio), los participantes se dirigieron a un aula cercana al Laboratorio de Simulación Clínica, para responder individualmente a una batería psicométrica autoadministrable de lápiz y papel, cuya consigna era dada por una profesora del claustro y miembro del equipo de investigación con experiencia en evaluación psicotécnica. La batería psicométrica evaluó variables psicológicas propias del *Perfil Óptimo PAP*, estando integrada por los siguientes test:

- ✓ **Cuestionario de datos personales:** Encuesta de datos socio-demográficos que recopila la edad, el género, el año de cursada en la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergentología y Trauma del CMN, nacionalidad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, experiencia previa de participación asistiendo en situaciones de emergencia, experiencias previas en otras culturas (e.g., viajes de estudios, estadías vacacionales, etc.).
- ✓ **Actitudes Hacia el Trabajo en Equipo** (*Attitudes Toward Health Care Teams*; Heinemann et al., 1999): Escala de 20 ítems que consta de 3 subescalas que miden las actitudes hacia el valor de ser equipo, las actitudes hacia la eficiencia del equipo, y una última subescala sobre las actitudes hacia la función de colaboración del médico dentro del equipo.
- ✓ **Big Five Inventory** (BFI; Castro Solano & Casullo, 2001; John, Donahue, & Kentle, 1991): Instrumento que operacionaliza el modelo teórico *big five*, evaluando los cinco factores de la personalidad: extraversión, responsabilidad, neuroticismo, agradabilidad y apertura a la experiencia.
- ✓ **High Five Inventory** (HFI; Cosentino & Castro Solano, 2017). Instrumento de 23 ítems autoadministrables que operacionaliza el Modelo de los Cinco Altos (MCA) llamados factores altos que constituyen rasgos positivos (morales o no morales) de la personalidad expresándose en emociones, pensamientos y comportamientos vinculados a determinadas características personales positivas de los individuos.

- ✓ **Escala de Toma de Decisiones Operativas (ETDO;** Azzollini & Depaula, 2013): Adaptación realizada *ad hoc* sobre los ítems propuestos en la Encuesta de Conocimiento Tácito (Daake, Dawley & Anthony, 2004) para evaluar el estilo de toma de decisiones (i.e., analítico vs. intuitivo).
  
- ✓ **Bases for Urgent Decisions Under Extreme Circumstances Inventory (BUDECI;** Cosentino, Azzollini, Depaula, & Castillo, 2017): El BUDECI es un instrumento de medición breve de 8 ítems diseñado para evaluar la tendencia personal a tomar decisiones urgentes, racionales (i.e., un estilo predominantemente analítico) y afectivas/emocionales (i.e, un estilo predominantemente intuitivo) ante situaciones extremas.
  
- ✓ **Inventario de Apertura al Otro, Dominio Afectivo (IADA;** Cosentino & Castro Solano, 2013): Instrumento dispuesto de 6 ítems que mide las dos dimensiones del dominio afectivo de la apertura al otro culturalmente diverso (Fowers & Davidov, 2006) a través de dos dimensiones, la atracción afectiva hacia el otro y la aversión afectiva hacia el otro.
  
- ✓ **Índice de Reactividad Interpersonal (IRI;** Davis, 1983; versión adaptada al español de Mestre Escrivá, Frías Navarro & Samper García, 2004). Este inventario consta de 28 ítems agrupados en 4 escalas de 7 ítems cada una, evaluando dos de ellas los aspectos cognitivos de la empatía y las otras dos, la reacción emocional del individuo al adoptar una actitud empática. Las escalas pueden definirse brevemente del siguiente modo: Toma de perspectiva (TP, evalúa la habilidad para ponerse en la perspectiva de otro), Fantasía (F, evalúa la capacidad para identificarse con otras situaciones ficticias), Preocupación empática (PE, refiere a sentimientos orientados hacia otros como preocupación o cariño surgidos por la percepción de malestar en los demás), Distrés o Malestar personal (D, refiere a sentimientos orientados a sí mismo como malestar o ansiedad surgidos al observar experiencias negativas en los demás).
  
- ✓ **Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA;** Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1992, 1999; validado por Leibovich de Figueroa & Schufer, 2002): El inventario consta de 42 ítems. La consigna de la escala fue adaptada para la medición del Perfil

Óptimo PAP, planteándose una situación de catástrofe o emergencia como punto de referencia para la respuesta de los reactivos. Las respuestas se promedian agrupándose en 9 escalas, de las cuales las primeras 3 refieren a la valoración de la situación y las siguientes 6 a los estilos de afrontamiento. Los tres modos de valoración de la situación que operacionaliza el instrumento son: Valoración de la Situación como Amenazante (VSA), Valoración de la Situación como Desafío (VSD) y Valoración de la Situación como Indiferente (VSI). Asimismo, las seis estrategias de afrontamiento ante la situación de emergencia que evalúa son: Afrontamiento Cognitivo dirigido a cambiar la Situación (ACS), Afrontamiento Cognitivo dirigido a reducir la Emoción (ACE), Afrontamiento Conductual Motor dirigido a cambiar la Situación (ACMS), Afrontamiento Conductual Motor dirigido a reducir la Emoción (ACME), Afrontamiento Pasivo (AP), Afrontamiento Evitativo (AE).

Finalizado el completamiento individual de los test psicométricos, se agradeció a cada cadete por su participación en el estudio, entregando una *vianda* (i.e., un jugo en embase tetrabrik de 200 ml y un alfajor de 38 gr), representando una manera de compensar su trabajo durante la jornada de investigación.

***Fase cualitativa: focus groups.***

Para finalizar el estudio, el director del proyecto y los investigadores del equipo, realizaron un grupo focal con los 15 participantes del grupo experimental y luego otro grupo focal con los 15 participantes del grupo control, a los fines de recopilar información cualitativa sobre ejes de indagación que se relacionaron con la experiencia individual y grupal. Las categorías discursivas emergentes de los grupos se relacionaron con los siguientes temas o tópicos principales: seguridad y confianza entre pares para el trabajo en equipo; intriga e incertidumbre por desconocer las actividades a realizarse; desconocimiento de la disposición espacial del instrumental en la sala de guardia, limitando el tiempo de actuación; tranquilidad y contención empática dirigida hacia el familiar del paciente (tanto en grupos controles como experimentales), a través de la distribución adecuada de roles y aislamiento del primero; liderazgo “natural” (por experiencia, capacidad de manejo situacional, control y toma de decisiones) vs. liderazgo que “solo imparte órdenes”; relación entre cadetes según alcance y aptitud (i.e., coordinación de acciones) más que por “grado o año de cursada”; optimización del

grado de autonomía para trabajar según capacidades individuales (i.e., nivel de *expertise* y automatización) aportando al objetivo clínico del equipo vs. liderazgo centrado en impartición rígida de órdenes y control constante; enfoque dirigido a la lograr un “tratamiento integral” del paciente; diferencias entre los ejercicios habituales en el “terreno” y el “ámbito intrahospitalario” (propio de la investigación); importancia de la “voz en off” como elemento generador de nuevos desafíos en la actuación clínica (i.e., incidentes críticos tendidos al aprendizaje); comunicación gestual como elemento relevante para modular las diferencias culturales e idiomáticas; inalterabilidad de las actividades previamente organizadas pese a la presencia del familiar ajeno a la cultura anfitriona.

### ***Matriz de datos y análisis estadísticos.***

Se elaboró una matriz de datos en el paquete estadístico SPSS 22.0 agrupando la totalidad de los datos recopilados del experimento, de la batería de test psicométricos y de la evaluación de videograbaciones (i.e., Rúbrica). Dicha tarea de *data-entry* fue realizada por una profesora de Metodología de Investigación del Instituto, con vasta experiencia en psicometría y análisis estadístico.

### ***Resultados.***

En primer lugar, se analizó el nivel de competencia clínica de los cadetes para brindar atención de enfermería de emergencia sobre la casuística simulada. La totalidad de la muestra ( $N = 30$ ) alcanzó un puntaje promedio de 6.40, lo que representa una “Buena” calidad de ejecución, i.e., un nivel de adquisición “media” de dicha competencia (según los criterios de evaluación de la Rúbrica diseñada). Particularmente, el puntaje promedio de competencia clínica de los participantes del grupo control (i.e., servicio de guardia hospitalaria situado en la CABA -*menor incertidumbre ambiental o cultural*-) alcanzó los 6.60 puntos ( $n = 15$ ), mientras que para el grupo experimental (i.e., servicio de guardia hospitalaria situado en el límite fronterizo Argentina-Bolivia -*mayor incertidumbre ambiental o cultural*-) alcanzó un puntaje promedio de 6.20 ( $n = 15$ ). Con dichos resultados, se dispuso analizar si las mencionadas diferencias en la calidad de ejecución de las competencias clínicas, superior en los participantes del grupo control, resultaban estadísticamente significativas; una prueba *T* de *student* determinó que las diferencias entre ambos grupos no eran significativas ( $t = -1.183$ ,  $gl = 17.073$ ,  $p = .253$ ), lo que indica que el nivel de incertidumbre ambiental no ha influido significativamente



sobre la *performance* alcanzada en la atención clínica de la casuística presentada, conforme las diferencias culturales manipuladas experimentalmente. Paralelamente, un análisis adicional de correlaciones a través del cálculo del coeficiente  $r$  de *pearson* evidenció una tendencia a que la aversión afectiva hacia el otro culturalmente diverso o diferente, se asocie negativamente a la calidad de la ejecución de las competencias clínicas frente a la emergencia ( $r = -.336, p = .069$ ), lo que indica que los cadetes escasamente abiertos a la experiencia cultural novedosa, han alcanzado un nivel de ejecución clínica medio o moderadamente adecuado.

Acto seguido, se analizó si las actitudes hacia el trabajo en equipo, medidas psicométricamente a través del instrumento *Attitudes Toward Health Care Teams* (Heinemann et al., 1999), correlacionaban significativamente con la calidad de la ejecución de las competencias clínicas para la resolución del caso simulado. Un análisis correlacional mediante el cálculo del coeficiente  $r$  de *pearson* indicó una tendencia a existir una correlación positiva significativa entre el puntaje global de actitudes hacia el trabajo en equipo y la calidad de la ejecución de las competencias clínicas alcanzada durante la simulación ( $r = .343, p = .064$ ), lo que indica que los cadetes que manifiestan actitudes positivas hacia el valor de ser equipo, hacia la eficiencia del mismo aceptando la colaboración del médico, portan competencias clínicas de un buen nivel de atención enfermera frente a la emergencia, favoreciendo la labor compartida (tanto vertical como horizontalmente, i.e., en relación a la coordinación del trabajo con el líder y con los pares).

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal por pasos sucesivos a fin de testear si determinadas variables que integran el *Perfil Óptimo de Primera Ayuda Psicológica* (PAP) frente a situaciones de emergencia o crisis, resultaban predictoras de la calidad de ejecución de las competencias clínicas desplegadas durante la atención enfermera de la casuística simulada. Los resultados del análisis indicaron que el factor de la personalidad propio del modelo *big five* denominado Neuroticismo constituye un predictor positivo de una medianamente buena ejecución clínica frente a la emergencia implicando un nivel medio de adquisición de competencias afines ( $B = .14, \beta = .59, \Delta R^2 = .20, \Delta F = 7.13, p = .002$ ), al tiempo que el factor Extraversión también predice positivamente la mencionada *performance* clínica frente a la emergencia ( $B = .07, \beta = .37, \Delta R^2 = .12, \Delta F = 4.78, p = .038$ ). Con todo, el valor alcanzado de  $R^2$  corregida de

.27 ( $p = .038$ ), indica que un 27% de la varianza en la ejecución clínica medianamente óptima frente a la emergencia resulta modulada por una personalidad vulnerable al impacto de los sucesos vitales, pudiendo experimentar afectos negativos o inestabilidad emocional (sin que necesariamente el Neuroticismo implique la categoría nosológica de neurosis o trastornos psiquiátricos, sino que representa una disposición de la personalidad normal); al tiempo que una personalidad que goza de bienestar psicológico, sociable, activa, enérgica y optimista, firme en sus opiniones y con preferencia sobre los grandes grupos, también predice una buena ejecución clínica frente a la emergencia. En contraste, variables como los estilos de toma de decisiones, estrategias de afrontamiento al estrés, índice de reactivación emocional, rasgos positivos morales, entre otras, no operaron como predictores de la performance clínica durante la emergencia.

#### Conclusiones:

El criterio o juicio de expertos en emergencias indicó que la calidad de la ejecución y el nivel de adquisición de la respectiva competencia clínica para operar eficazmente frente al caso simulado ha sido buena, denotando un nivel medio de adquisición de la competencia, vale decir, que no se han alcanzado los niveles más altos de eficacia o efectividad (i.e., muy buena, distinguida o sobresaliente). En tal sentido, el Neuroticismo, representado en este caso por cierta sensación de estrés o temor frente a la situación novedosa e incierta de la emergencia (e.g., el desconocimiento del espacio físico de ubicación del instrumental en la sala de guardia, tal como expresaron concordantemente los cadetes durante los grupos focales), podría haber limitado la calidad de la ejecución, en tanto un alto nivel de neuroticismo se asoció a un nivel medio de efectividad y competencia; sin embargo, el temor neurótico, ansiedad y estado de alerta inicialmente normal, frente a lo novedoso del cuadro, pudo haber operado también como un factor adrenérgico ligado a la activación emocional originada en las estructuras neurológicas subcorticales que, moduladas por el accionar del equipo de trabajo, habilitó la organización cortical y razonada de la tarea (previa toma de conciencia de la situación) sin permanecer en un estado de inseguridad o confusión constante, o bien, de extremo congelamiento, parálisis, inacción o huida frente a la situación de emergencia. En la misma línea, tal como se ha hallado estadísticamente y

en el material discursivo recopilado de los grupos focales, el despliegue de actitudes positivas hacia el trabajo en equipo, como refirieron los cadetes, la relevancia de *“la seguridad y la confianza entre pares para el trabajo en equipo, el liderazgo “natural” dado por la experiencia individual, la capacidad de manejo situacional, control y toma de decisiones, y la relación entre cadetes para coordinar acciones según alcance y aptitud, junto con la optimización del grado de autonomía para trabajar según capacidades individuales aportando al objetivo clínico del equipo”*, constituirían elementos centrales para modular los aspectos limitantes de la personalidad y del bienestar psicológico individual; de modo tal que el trabajo en equipo, una personalidad moderadamente extravertida (i.e., sociable, activa y optimista), y un liderazgo flexible y contextualizado a las demandas situacionales, favorecen la cohesión grupal, facilitan de la tarea, y permiten manejar adecuadamente la ansiedad y el estrés frente a la emergencia enfermera.

Por otro lado, el hecho de que el estudio no haya arrojado diferencias estadísticamente significativas en la calidad de ejecución de las competencias clínicas de los cadetes que debieron actuar sobre el grupo control, i.e., la sala de guardia situada en la CABA (menor incertidumbre cultural) comparado con la ejecución de los cadetes que debieron operar en la sala de guardia situada en el límite fronterizo entre Argentina y Bolivia (mayor incertidumbre cultural), indica que durante la simulaciones, los sujetos han logrado un entendimiento, comunicación fluida y empatía con la acompañante de la víctima, de modo tal que, respetando su idiosincrasia cultural (mediante cierta tendencia a evitar emociones o afectos aversivos sobre el otro culturalmente diverso), su ansiedad no impida el trabajo clínico sobre el paciente crítico; vale decir, la impronta cultural no ha representado un “obstáculo” al momento de aplicar las competencias clínicas frente a la emergencia. De hecho, en el *focus group* realizado con los participantes del segundo grupo, la mayoría de los cadetes coincidió en que la comunicación gestual eficaz sostenida con el familiar del paciente, operó como un elemento de relevancia para manejar las diferencias culturales e idiomáticas, sin que se alteren las tareas organizadas de antemano pese a la presencia de la cónyuge y a sus diferencias culturales; asimismo, la observación detenida de los clips de videos y el análisis conductual respectivo reflejó, en la mayoría de los equipos, que los cadetes de segundo año se ocuparon de manejar la situación psicológica y cultural manifestada por el familiar, ya sea por propia iniciativa (dado que, a comparación de los cadetes de tercer y cuarto año, disponían de menos

conocimientos técnicos enfermeros para operar sobre el paciente), o bien, por indicación de los líderes de grupo (i.e., cadetes de cuarto año, en la mayoría de los equipos).

Con todo, la evaluación de la personalidad, la ansiedad, el bienestar psicológico el manejo del estrés y las actitudes para el trabajo en equipo resultan ejes de observación y monitoreo constante, ya sea durante el proceso de selección de los aspirantes al ingreso a la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergentología y Trauma del Instituto, y durante la formación en competencias clínicas y prácticas hospitalarias desarrolladas en cada tramo de la mencionada carrera.

### ***Limitaciones.***

A continuación, se listan algunos obstáculos metodológicos y/o técnicos emergentes durante el desarrollo del proyecto:

- ✓ La escasa cantidad de cursantes de la Licenciatura en Enfermería con orientación en Emergentología y Trauma del CMN, limitó el tamaño muestral; en tanto, al disponer de un máximo de 10 cadetes cursantes del IV año, solo podrían formarse homogéneamente 10 equipos que pudieran operar sobre las situaciones simuladas, dado que se pretendía que cada equipo se integre de una cadete por año, sin incluir cadetes de I año (ya que no dispondrían de la formación necesaria como para intervenir en las tareas a resolver).
- ✓ Existieron algunas demoras para la realización del experimento, dado que era sumamente necesario respetar los tiempos o calendarios de cursada para la formación en competencias de atención en emergencia de los tres cursos participantes, bajo la premisa de que los cadetes dispongan de los conocimientos requeridos para responder a las tareas que demandara el caso clínico simulado (tanto en el grupo control como experimental); en tanto, la realización del experimento y la administración de la batería psicométrica, originalmente programados para el mes de Julio de 2019, se reprogramó para el mes de Septiembre del mismo año, retrasando consecuentemente las actividades de *data-entry*, análisis de datos y discusión de resultados.
- ✓ Asimismo, el trabajo de edición de videos por parte de los especialistas contratados llevó aproximadamente un mes y medio, postergándose hasta el mes de Noviembre del 2019 el comienzo de actividades de análisis del contenido de los videos y completamiento de rúbricas (i.e., la evaluación de las competencias clínicas de los participantes), tarea que naturalmente demandaría gran cantidad de tiempo de parte de

las enfermeras expertas en emergencias, cuya entrega de evaluaciones se prolongó hasta el 16 de marzo del año 2020. A partir de dicha fecha, se cargaron dichas evaluaciones en la matriz general (que contemplaba también los datos psicométricos). Con todo, el análisis de datos y resultados se extendió hasta la actualidad.

- ✓ Por último, la Pandemia COVID-19 limitó las posibilidades de trabajo “presencial” del equipo, debiendo comenzar a utilizar en mayor medida recursos de modalidad “on-line” para continuar las tareas restantes y la realización del presente Informe Final y Rendición Financiera respectiva (e.g., uso en mayor medida de e-mail, videollamada de whatsapp y/o reuniones vía Zoom).

Por otro lado, han existido algunas complicaciones vinculadas al financiamiento del proyecto, las que se explican a continuación:

- ✓ Originalmente, se había previsto la compra de un maniquí de “cuerpo entero”, valuado en aproximadamente \$70.000,00 al momento de elaborar el proyecto (i.e., segundo semestre del año 2018). Sin embargo, el incremento de la inflación y la cotización del dólar hacia el segundo semestre del año 2019, incrementó dicha suma, más aún tratándose de productos importados (excediendo en gran medida el presupuesto de “Equipamiento” aprobado), optándose entonces por la compra de un maniquí (torso), que pueda ser útil en el presente estudio y en posteriores investigaciones (e.g., proyecto UNDEFI 432/2019, Expte. N° 761, sobre la temática del RCP y el PAE), debiendo utilizar también para los tratamientos experimentales un maniquí de cuerpo entero disponible en dicho momento en el Laboratorio de Simulación Clínica del CMN.
- ✓ Por otro lado, si bien se participó de cuatro eventos científicos durante el año 2019, cuya inscripción fue gratuita o se cubrió con fondos de otros proyectos financiados, se preveía para el año 2020 participar de nuevos congresos especializados en la temática, a los fines de divulgar resultados definitivos. Sin embargo, la Pandemia COVID-19 limitó las posibilidades de generar dichas inscripciones y participaciones del equipo, en tanto fueron suspendidos los eventos (e.g., “Congreso Argentino de Enfermería 2020”, previsto para el mes de Octubre en la ciudad de Paraná, Entre Ríos; “Congreso Internacional de Enfermería ASOENVEAR”, previsto para el mes de Abril del 2020 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre otros). Por tales, motivos, no han podido utilizarse o aplicarse los fondos aprobados correspondientes a los rubros respectivos (i.e., inscripciones a congresos y viáticos para traslado y alojamiento).

- ✓ Han existido demoras y dificultades en la tramitación de las *Altas Patrimoniales* del equipamiento y bibliografía adquirida, en motivo del retraso en el envío de los productos y en la supervisión y debida atención puesta en la confección correcta de las facturas y/o comprobantes respectivos. Asimismo, las pruebas de funcionamiento técnico óptimo (en algún caso, por profesional experto, e.g., maniquí de simulación de RCP) una vez recibido el equipamiento adquirido, y en caso de detectarse fallas técnicas de fábrica, con la concomitante devolución del producto a las empresas vendedoras (e.g., un proyector adquirido a fines del mes de Mayo del año 2020), y el consecuente tiempo de espera para el reemplazo y entrega del equipamiento reemplazante (los que disponen de diferente N° de serie que producto reemplazado), constituyen (entre otros aspectos operativos y circunstanciales), significativos obstáculos funcionales al momento de solicitar las Altas Patrimoniales ajustándose a las formalidades y tiempos limitados establecidos en la Resolución Rectoral N° 221/2019, Expte. N° 413/2019 (con fecha 09 de Septiembre del año 2019), en su Artículo 5°.
- ✓ Por último, la Pandemia COVID-19, y especialmente el *Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020* con fecha 20 de Marzo del 2020, cuya vigencia en los días previos al cierre del período del proyecto UNDEFI 326-2018 limitó la posibilidad de efectuar compras mediante los fondos del subsidio en cuestión, ya sea de modo físico o vía on-line (debido a la interrupción obligatoria de todo tipo de negocios y actividades comerciales, e.g., equipamiento, insumos, inscripciones a eventos científicos, entre otros), obligó al director del proyecto a solicitar una prórroga para efectuar algunas de tales operaciones y, consecuentemente, la producción ajustada al estado del proyecto a la fecha, del presente Informe Final y la respectiva Rendición Financiera.

### ***Futuros estudios.***

Los resultados arrojados por el presente estudio implican el desafío de continuar abordando el estudio de las competencias enfermeras en situaciones de emergencia y catástrofe, abarcando cuestiones psicológicas como la personalidad de los cadetes, el ajuste en los programas de formación de competencias adaptados a los problemas y/o desafíos actuales de la profesión militar en el ámbito sanitario (e.g., cambio climático, pandemias, aislamiento social obligatorio y preventivo, medidas de seguridad asociadas, etc.).

Particularmente, la resolución del caso clínico presentado de forma simulada, ha reflejado en gran parte de los equipos participantes el despliegue de acciones de *Resuscitación o Reanimación Cardiopulmonar (RCP)*, al momento en que la voz en off anunciara la

manifestación de un “paro cardiorrespiratorio” en la víctima. Con dichas observaciones clínicas y la necesidad de centrar el foco de la aplicación del *Proceso de Atención Enfermera* (PAE) frente a situaciones de gran incertidumbre (e.g., afectadas por hechos asociados al fenómeno del cambio climático), luego de realizar los experimentos, el director del proyecto sumó iniciativas de nuevos integrantes del equipo y del claustro docente, elaborando un nuevo proyecto presentando en la Convocatoria UNDEFI 2019, el que ha sido aprobado (Resol. Rectoral UNDEFI 432/2019, Expte. N° 761), y sobre el que se tiene expectativas renovadas para continuar el desarrollo de la línea de investigación en curso, y sus aplicaciones a las prácticas militares en el terreno.

### **Referencias.**

- Andrade Marques da Conceição e Neves, M. M., Pina Queirós, P. J., & Mendes Gaspar, M. F. (2014). Enfermería Comunitaria y el trabajo en equipo multidisciplinar. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 7(1), 49-55.
- Arziman, I. (2015). Field Organization and Disaster Medical Assistance Teams. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 11-19. doi:10.5505/1304.7361.2015.79900
- Azzollini, S. C., & Depaula, P. D. (2013). Análisis de Validez y Confiabilidad de una Escala para la Evaluación de Estilos Decisorios Operativos. *Revista Evaluar*, 13, 38-60.
- Azzollini, S. C., Depaula, P. D., Cosentino, A. C., & Bail Pupko, V. (2018). Applications of Psychological First Aid in Disaster and Emergency Situations: Its Relationship with Decision-Making. *Athens Journal of Social Sciences*, 5(2), 201-213. doi: 10.30958/ajss\_v5i2
- Azzollini, S. C., Depaula, P., Bail Pupko, V., Becerra, L., & Vidal, V. (2016, Abril). *Primera Ayuda Psicológica (PFA) en situaciones de emergencia y desastres ambientales: Diseño de un software de investigación y entrenamiento de voluntarios en PFA*. Trabajo presentado en el XVI Congreso Argentino de Psicología, “Psicología y Compromiso Social”, en el marco del Bicentenario de la Independencia, organizado por el Colegio Profesional de Psicólogos de Mendoza y La Federación de Psicólogos de la República Argentina, Ciudad de Mendoza, Argentina.

- Bail Pupko, V., Becerra, L., Azzollini, S. C., Depaula, P., & Cosentino, A. C. (2017). Perfil de voluntarios para la asistencia en emergencias y catástrofes: La empatía y el entrenamiento en Primera Atención Psicológica. *Memorias IX Congreso Internacional de Investigaciones y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigaciones en Psicología del MERCOSUR*. Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). *Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención* (p. 146).
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology, 46*, 5-68.
- Berry, J. W. (1999). Intercultural Relations in Plural Societies. *Canadian Psychology, 40*(1), 12-21. doi: 10.1037/h0086823
- Borges de Melo, M., Alves Barbosa, M., & de Souza, P. R. (2011). Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(4), 1-10.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1992). *Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. No publicado.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés, 5*(2-3), 129-143.
- Castro Solano, A. & Casullo, M. M. (2001). Rasgos de personalidad, rendimiento académico y bienestar autopercebido en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria, 18*, 65-85.
- Cosentino, A. C., & Castro Solano, A. (2017). The High Five: Associations of the five positive factors with the Big Five and well-being. *Frontiers in Psychology, 8*, 1250. doi:10.3389/fpsyg.2017.01250
- Cosentino, A. C., Azzollini, S. C., Depaula, P. D., & Castillo, S. E. (2017). Assessment of the Affective and Rational Bases for Urgent Decision-Making under Extreme Circumstances. *Análise Psicológica, 35*(4), 529-542. doi: 10.14417/ap.1267
- Cosentino, A., & Castro Solano, A. (2013). The Assessment of Multicultural Strength: The Design and Validation of an Openness to the Other Affective Domain Inventory. *European Journal of Psychological Assessment, 30*(4), 2014, 261-273. doi: 10.1027/1015-5759/a000187



- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health, 11*, 1-10. doi:10.1186/1478-4491-11-57
- Daake, D., Dawley, D. D., & Anthony, W. P. (2004). Formal Data Use in Strategic Planning: An Organizational Field Experiment. *Journal of Management Issues, 16*(2), 232-247.
- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113-126.
- Del Barrio Linares, M., & Reverte Sánchez, M. (2010). Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enfermería Intensiva, 21*(4), 150-160. doi:10.1016/j.enfi.2010.03.003
- Fadde, P. J. (2009). Instructional design for advanced learners: Training recognition skills to hasten expertise. *Education Tech Research Dev, 57*, 359-376. doi: 10.1007/s11423-007-9046-5
- Firouzkouhi, M., Zargham-Boroujeni, A., Kako, M., & Abdollahimohammad, A. (2017). Experiences of civilian nurses in triage during the Iran-Iraq War: An oral history. *Chinese Journal of Traumatology, 20*, 288-292. doi:10.1016/j.cjtee.2017.07.002
- Fowers, B. J., & Davidov, B. J. (2006). The Virtue of Multiculturalism. Personal Transformation, Character, and Openness to the Other. *American Psychologist, 61*(6), 581-594. doi: 10.1037/0003-066X.61.6.581
- Garlet, E. R., Dias da Silva Lima, M. A., Guedes dos Santos, J. L., & Quintana Marques, G. (2009). La finalidad del trabajo en urgencias y emergencias bajo la perspectiva de los profesionales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17*(4), 1-7.
- Glassberg, E., Nadler, R., Erlich, T., Klien, Y., Kreiss, Y., & Kluger, Y. (2014). A decade of advances in military trauma care. *Scandinavian Journal of Surgery, 103*, 126-131.
- Guedes dos Santos, J. L., Dias da Silva Lima, M. A., Lima Pestana, A., dos Santos Colomé, I. C., & Lorenzini Erdmann, A. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 37*(1), 1-7. doi:10.1590/1983-1447.2016.01.50178

- Heineman, G. D., Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Brallier, S. A. (1999). Development of an Attitudes Toward Health Care Teams Scale. *Evaluation & the Health Professions*, 22(1), 123-142. doi:10.1177/01632789922034202
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hurley A. C., Rothschild J. M., Moore M. L., Snyderman, C., Dykes, P. C., Fotakis, S. (2008). A model of recovering medical errors in the coronary care unit. *Heart Lung*, 37(3), 219-226. doi:10.1016/j.hrtlng.2007.06.002
- Hyer, K., Fairchild, S., Abraham, I., Mezey, M., & Fulmer, T. (2000). Measuring attitudes related to interdisciplinary training: Revisiting the Heinemann, Schmitt and Farrell 'attitudes toward health care teams' scale. *Journal of Interprofessional Care*, 14, 249-258.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The "Big Five" inventory: Versions 4a and 5b (technical report)*. Berkeley: University of California, Institute of Personality and Social Research.
- Keshet, Y., & Popper-Giveon, A. (2016). Work experiences of ethnic minority nurses: a qualitative study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5, 1-10. doi:10.1186/s13584-016-0076-5
- Kress, T., Tasota, F. J.; Broge-Connor, M., & Jackson, J. (2017). Preparar a las enfermeras para responder como un equipo durante las emergencias internas. *Nursing*, 34(4), 5-12. doi:10.1016/j.nursi.2017.07.005
- Lakanmaa, R., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International*, 2015, 1-12. doi:10.1155/2015/536724
- Lal, S., & Spence, D. (2016). Humanitarian Nursing in Developing Countries: A Phenomenological Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(1), 18-24. doi:10.1177/1043659614536585
- Leibovich de Figueroa, N. B., & Schufer, M. (2002). *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Marie, M., Hannigan, B., & Jones, A. (2017). Challenges for nurses who work in community mental health centres in the West Bank, Palestine. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(3), 1-10. doi:10.1186/s13033-016-0112-4

- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1999). A Five Factor Theory of Personality. En L. A. Pervin y O. P. John (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 102-138). Londres: Guilford Press.
- Mestre Escrivá, V., Frías Navarro, M. D., & Samper García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis de Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, *16*(2), 255-260.
- Omeri, A., Lennings, C., & Raymond, L. (2006). Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia. *Journal of Transcultural Nursing*, *17*(1), 30-39. doi:10.1177/1043659605281973
- Ruth-Sahd, L. A. & Tisdell, E. J. (2007). The Meaning and Use of Intuition in Novice Nurses: a phenomenological study. *Adult Education Quarterly*, *2*(57), 115-140. doi: 10.1177/0741713606295755
- Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. (2008). Does Team Training Work? Principles for Health Care. *Academic Emergency Medicine*, *15*, 1002-1009. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00254.x
- Scrymgeour, G. C., Smith, L., & Paton, D. (2016). Exploring the Demands on Nurses Working in Health Care Facilities During a Large-Scale Natural Disaster: Often an Invisible Role Within a Highly Visible Event. *SAGE Open*, April-June, 1-7. doi:10.1177/2158244016655587
- Selekman, J., & Melvin, J. (2017). Planning for a Violent Intruder Event. The School Nurse's Role. *NASN School Nurse*, May, 187-191. doi:10.1177/1942602X16686140
- Sonesson, L., Boffard, K., Lundberg, L., Rydmark, M., & Karlgren, K. (2017). The challenges of military medical education and training for physicians and nurses in the Nordic countries - an interview study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *25*, 1-10. doi:10.1186/s13049-017-0376-y
- Souto, F. (2018, Agosto). Normativas de Seguridad INSARAG: Evolución del Manejo de Emergencias y Catástrofes en nuestro país. Conferencia Magistral presentada en el *Simposio 2018, "Unificación de Criterios en Situación de Catástrofes"*. Buenos Aires, Argentina.
- Torres, J. A., Azzollini, S. C., Depaula, P., Bail Pupko, V., Cosentino, A. C., Becerra, L. et al. (2015). Toma de decisiones en voluntarios que realizan la primera ayuda psicológica en situaciones de catástrofe y emergencia. *Memorias VII Congreso Internacional de Investigaciones y Práctica Profesional en Psicología, XXII*

*Jornadas de Investigación, XI Encuentro de Investigaciones en Psicología del MERCOSUR.* Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención (p. 126).

Valenzuela Rodríguez, A. J. (2009). Toma de decisiones en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes: Márgenes de Autonomía y Responsabilidad. *Revista Páginasenferurg.com*, 1(1), 13-16.