

Licenciatura en Comunicación
Facultad de Información y Comunicación
Universidad de la República

Trabajo Final de Grado

Julio de 2026

Montevideo, Uruguay

Comunicar para cuidar:

***Plan Estratégico de Comunicación para fortalecer la comprensión y el
acompañamiento durante el proceso anestésico pediátrico en el CHPR.***

Estudiantes de Grado:

Froz Fuentes Natalia, 5.419.867-9, nataliabfroz@gmail.com

González Fernández Javier, 5.205.734-0, javiergonzalezf.mk@gmail.com

Inocente Fernández Anaclara, 5.526.420-7, anaclarafernandez20@gmail.com

Pomi Armand Ugón, Juan Agustín, 5.321.914-7, agustin.pomi@gmail.com

Tutora:

Profa. Paola Papa - paola.papa@fic.edu.uy

Agradecimientos

Al culminar esta etapa, queremos dedicar unas palabras de agradecimiento a quienes fueron parte de este recorrido y contribuyeron, de distintas maneras, a que hoy podamos alcanzar esta meta.

En primer lugar, agradecemos profundamente a nuestras familias y seres queridos por su paciencia, comprensión y apoyo constante durante todo el proceso. Su confianza y aliento fueron un pilar fundamental en cada desafío que enfrentamos.

Extendemos también nuestro reconocimiento a las y los docentes que nos acompañaron a lo largo de la carrera, por compartir sus conocimientos, despertar nuestra curiosidad y brindarnos las herramientas necesarias para nuestro crecimiento académico y profesional. A nuestras compañeras, compañeros y colaboradores, gracias por el intercambio de ideas, el trabajo compartido y las experiencias que enriquecieron este camino.

Un agradecimiento muy especial a nuestra tutora, Paola, por guiarnos con dedicación, compromiso y cercanía durante el desarrollo de este trabajo. Su orientación y confianza fueron fundamentales para concretar este proyecto.

Finalmente, agradecemos a la Universidad de la República por ofrecernos una formación integral que trascendió lo académico y nos permitió crecer como profesionales y como personas. También queremos reconocer el esfuerzo colectivo que realizamos como equipo: el respeto, el compromiso y el apoyo mutuo fueron esenciales para superar cada desafío y alcanzar juntos este objetivo.

Resumen

Este Trabajo Final de Grado, realizado en el marco de la Licenciatura en Comunicación de la Universidad de la República, tiene como objetivo general fortalecer la comunicación asertiva entre el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico Pereira Rossell (CHPR) con los pacientes pediátricos y sus familias durante el proceso anestésico-quirúrgico, mediante el diseño de un Plan Estratégico de Comunicación (PEC). El documento avanza desde la situación problema y los antecedentes hacia el marco teórico y la metodología, para luego presentar el PEC y las acciones ejecutadas; finalizamos con las conclusiones del presente trabajo. Se aplicó un enfoque mixto de alcance exploratorio y descriptivo (Hernández Sampieri, 2014), basado en la planificación estratégica de Aljure (2015), con entrevistas semiestructuradas, observación participante, fuentes secundarias y una encuesta a anestesistas de la organización. Los resultados evidenciaron debilidades comunicacionales (ausencia de materiales institucionales, lenguaje técnico, alta rotación y sobrecarga asistencial) frente a las cuales se diseñaron un manual informativo y el guión técnico de un video del recorrido hospitalario.

Palabras clave: *comunicación asertiva; comunicación en salud; proceso anestésico pediátrico; acompañamiento familiar.*

Índice

Agradecimientos	1
Resumen	2
Índice	3
1. Introducción	5
1.1 Situación problema y motivación del trabajo	6
1.2 Presentación de la organización	6
1.3 Descripción del caso de estudio	7
1.4 Objetivo del trabajo de grado.	7
1.5 Presentación de los aspectos teóricos	7
1.6 Alcance del trabajo	7
1.7 Señalización del orden de los capítulos y reseña breve del contenido	8
2. Antecedentes	9
2.1.1 Problemas y necesidades de comunicación detectados	10
2.1.2 Pregunta y objetivos de investigación	10
2.1.3 Metodología	11
2.1.4 Principales resultados del diagnóstico	11
2.1.4.1 Comunicación con pacientes y familias	11
2.1.4.2 Comunicación interna	12
2.1.4.3 Recursos comunicacionales	12
2.1.4.4 Dinámicas institucionales	12
2.1.5 Conclusión del diagnóstico	12
2.2 Antecedentes nacionales vinculados a la imagen e identidad organizacional	13
2.3 Antecedentes internacionales con respecto a la comunicación con pacientes y sus familias en contextos clínicos	14
2.3.1 Antecedentes nacionales sobre herramientas comunicacionales para los pacientes y sus familias sobre el proceso quirúrgico	15
2.3.2 Antecedentes Internacionales sobre herramientas comunicacionales para los pacientes pediátricos y sus familias sobre el proceso quirúrgico	16
3. Definición del problema	18
3.1 Problema de Investigación	18
3.2 Preguntas de investigación	19
3.3 Orientación del trabajo	19
3.4 El sentido de pertenencia del Departamento de Anestesia del CHPR	20
3.5 El rol de la Fundación Niños sin Dolor	21
3.6 El rol del Anestesiista Pediátrico	21
3.5 El acceso a recursos y materiales	21
3.6 Problema acordado	22
3.7 Pregunta general de este trabajo.	22

3.8 Preguntas específicas de investigación	23
4. Objetivos	24
4.1 Objetivo general	24
4.2 Objetivos específicos:	24
5. Metodología	25
5.1 Metodología en el TFG	25
5.1.1 Técnicas cualitativas	25
5.1.2 Técnicas cuantitativas	26
5.2 Metodología para el PEC	27
5.3 Sinergia metodológica	28
6. Marco teórico	29
6.1 Marco teórico general	29
6.2 Marco teórico específico	30
7. Plan Estratégico de Comunicación	33
7.1 Análisis de situación	33
7.2 Objetivos de comunicación	36
7.3 Tabla de planificación estratégica	37
7.4 Mensajes destinados a los públicos identificados	38
7.5 Canales y medios	39
7.6 Cronograma, presupuesto e indicadores	40
7.6.1 Cronograma	40
7.6.2 Presupuesto	41
7.6.3 Indicadores	42
8. Acciones ejecutadas	43
8.1 Manual informativo	43
8.2 Guión técnico para un video informativo	44
9. Conclusiones	46
10. Reflexiones personales	49
10.1 Anaclara Inocente	49
10.2 Natalia Froz	54
10.3 Javier González	57
10.4 Juan Agustin Pomi	63
11. Referencias bibliográficas	65
12. Apéndices y anexos	68
12.1 Accesos a materiales realizados	68
12.2 Puesta a punto a Natalia Solari	69
12.3 Lista de Fondos consultados	69
12.4 Anexo fotográfico	70
12.4.1 - Sala de recuperación ambulatoria	70
12.4.2 Imágenes de dentro del block quirúrgico	71
12.4.3 Imágenes de pasillos e instalaciones del Hospital Pereira Rossell	72

12.4.4 Imágenes de la sala pre anestésica	73
12.4.5 Imágenes de la sala de espera de las familias	74
12.5 Entrevista a la directora del Departamento de Anestesia:	75
12.6 Entrevista a Sebastián	89
12.7 Entrevista a familia testimonio	100

1. Introducción

1.1 Situación problema y motivación del trabajo

El presente documento constituye la memoria académica del Trabajo Final de Grado (TFG), derivado de una práctica de intervención pre profesional realizada en el Departamento de Anestesia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) durante el ciclo 2025. La investigación se enmarca en el Seminario Taller de Comunicación Organizacional de la Licenciatura en Comunicación de la Universidad de la República.

La motivación de este trabajo surge a partir de la detección de dificultades comunicacionales en las distintas instancias del proceso anestésico-quirúrgico, observadas en la recurrencia de dudas que, al parecer de los anestesistas, manifiestan pacientes y familias. Se trata de desconocimiento sobre los procedimientos y ansiedad preoperatoria e incertidumbre respecto al rol del anestesista. Estos aspectos pueden generar ansiedad e incertidumbre en los pacientes y sus cuidadores. El objetivo principal es evaluar y optimizar los procesos comunicativos a partir del diseño de un Plan Estratégico de Comunicación (PEC), se concibe como un producto estratégico que busca resolver problemas institucionales concretos y favorecer la seguridad emocional y la confianza en la institución.

1.2 Presentación de la organización

El Centro Hospitalario Pereira Rossell es un organismo público, fundado el 22 de febrero de 1908. Este es dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se encuentra ubicado en Montevideo, en el barrio Parque Batlle. Se compone del Hospital Pediátrico y del Hospital de la Mujer, con más de 130.000 consultas anuales en sus policlínicas. Además, constituye un centro de formación para médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

El Departamento de Anestesia supervisa y gestiona los procesos anestésicos del Hospital Pediátrico. Está integrado por el jefe de departamento, anestesistas presupuestados y no presupuestados, residentes y personal administrativo. Con apoyo de la Fundación Niños Sin Dolor, dispone de tecnología de vanguardia, así es

como logra convertirse junto al Hospital Británico en uno de los servicios anestésicos más avanzados del país.

La Fundación Niños Sin Dolor es una organización sin fines de lucro creada por anestesistas del CHPR, cuya misión es mejorar la atención pediátrica y evitar el dolor en procedimientos anestésicos. Su visión es lograr un centro de anestesia pediátrica altamente especializado y de referencia regional, aportando equipamiento técnico y apoyo emocional a pacientes y familias.

1.3 Descripción del caso de estudio

El estudio se centra en el Departamento de Anestesia del CHPR, donde los anestesistas participan en todas las etapas del proceso quirúrgico: evaluación preoperatoria, procedimientos anestésicos, anestesia en block quirúrgico, recuperación post anestésica y control del dolor. La intervención comunicacional busca disminuir el estrés y la ansiedad de los niños y sus familias, para optimizar la información y el acompañamiento durante todo el proceso.

1.4 Objetivo del trabajo de grado.

- Diseñar un Plan Estratégico de Comunicación (PEC) orientado a mejorar la asertividad, claridad y efectividad de los mensajes institucionales.

1.5 Presentación de los aspectos teóricos

El marco teórico aborda la comunicación en salud, la comunicación organizacional y metodologías de intervención profesional, apoyándose en herramientas como entrevistas, encuestas y observación para la recolección de datos. El diseño del PEC se basa en la metodología de Andrés Aljure, adaptada a la realidad del CHPR.

1.6 Alcance del trabajo

Este trabajo se centra en la comunicación del Departamento de Anestesia, específicamente con los pacientes pediátricos y sus familias, sin abarcar otros departamentos hospitalarios. La intervención incluye materiales educativos, manual informativo y didáctico, y audiovisuales, con un enfoque en la reducción de la ansiedad preoperatoria y la mejora de la experiencia del paciente y su familia.

1.7 Señalización del orden de los capítulos y reseña breve del contenido

Capítulo 1: Antecedentes y situación problema. Contexto histórico del CHPR y la Fundación Niños Sin Dolor; definición del problema central: comunicación poco asertiva en el proceso anestésico-quirúrgico.

Capítulo 2: Marco Teórico y Metodología. Bases conceptuales de la comunicación en salud; herramientas de investigación aplicadas para la recolección de datos.

Capítulo 3: Plan Estratégico de Comunicación (PEC). Propuesta de intervención profesional con objetivos medibles, mensajes dirigidos a la infancia y **tácticas de implementación.**

Capítulo 4: Conclusiones. Descripción de acciones comunicacionales implementadas, análisis de resultados y valor agregado para la organización.

2. Antecedentes

Los antecedentes de investigación constituyen un insumo esencial ya que, permiten identificar las líneas de estudio previamente desarrolladas. La revisión muestra aportes que se concentran en tres dimensiones centrales: la comunicación interna en hospitales públicos y centros de salud uruguayos; la construcción de imagen e identidad organizacional en instituciones vinculadas a la atención sanitaria; y la comunicación dirigida a pacientes y familias en contextos clínicos específicos.

A lo largo de esta revisión se pudo notar una ausencia de investigaciones centradas en la comunicación externa en procesos anestésicos pediátricos, lo cual fundamenta la pertinencia del presente estudio.

2.1 Diagnóstico de Comunicación

Este Trabajo Final de Grado se desarrolla a partir del diagnóstico de comunicación realizado en el departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el marco del Seminario Taller de Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Comunicación, orientación Comunicación Organizacional, de la Universidad de la República de los años 2025 y 2026.

El diagnóstico tuvo como objetivo analizar cómo se desarrolla la comunicación entre el equipo de anestesistas con los pacientes pediátricos y sus familias durante todo el proceso anestésico-quirúrgico, que abarca desde la previa de la operación hasta los procedimientos posteriores, así como también identificar las principales dificultades comunicacionales que atraviesa ésta relación.

El estudio permitió identificar factores organizacionales, institucionales y comunicacionales que inciden en la experiencia de las familias y en la comprensión del proceso que ese niño y su familia va a vivenciar.

2.1.1 Problemas y necesidades de comunicación detectados

A partir del diagnóstico se identificaron diversos problemas comunicacionales que impactan en el vínculo entre el Departamento de Anestesia con los pacientes y sus familias.

Entre los principales problemas se destacan:

- Escasa información brindada a pacientes y familias sobre el proceso anestésico-quirúrgico.
- Uso predominante de explicaciones verbales sin materiales comunicacionales de apoyo.
- Dificultades para adaptar el lenguaje médico a un lenguaje accesible para las familias.
- Bajo conocimiento por parte de la sociedad sobre el rol del anestesista pediátrico dentro del proceso quirúrgico.
- Falta de herramientas institucionales que acompañen la comunicación para con los pacientes.

Estas limitaciones pueden derivar en incertidumbre, ansiedad y desconfianza en las familias, ya que es una situación de alta carga emocional.

2.1.2 Pregunta y objetivos de investigación

El diagnóstico se orientó a partir de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se puede fortalecer la comunicación entre el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico Pereira Rossell y los pacientes y sus familias durante las etapas del proceso anestésico-quirúrgico?

A partir de esta pregunta se definió como objetivo general colaborar con la mejora de la comunicación entre el Departamento de Anestesia y las familias durante las distintas etapas del proceso anestésico-quirúrgico.

Los objetivos específicos se orientaron a:

- Identificar las principales necesidades de información de pacientes y familias.
- Analizar las herramientas y prácticas comunicacionales actualmente utilizadas.
- Reconocer los desafíos que enfrentan los anestesistas al momento de comunicar el proceso anestésico-quirúrgico.

2.1.3 Metodología

El diagnóstico se basó en un diseño metodológico mixto, donde predominó el enfoque cualitativo. Se utilizaron técnicas de investigación como entrevistas semiestructuradas, observación y encuesta.

Las entrevistas permitieron profundizar en percepciones, experiencias y dificultades comunicacionales dentro del equipo médico, mientras que la encuesta aporta información cuantitativa sobre prácticas y percepciones relacionadas con la comunicación en el proceso anestésico-quirúrgico.

2.1.4 Principales resultados del diagnóstico

El análisis permitió identificar diferentes dimensiones que inciden en la comunicación entre el Departamento de Anestesia y las familias.

2.1.4.1 Comunicación con pacientes y familias

Se constató que la información brindada a las familias depende en gran medida del criterio de cada profesional y del tiempo disponible durante la consulta preanestésica. Esto genera diferencias en la calidad y profundidad de la información recibida por las familias.

Asimismo, se observó que el uso del lenguaje técnico y la ausencia de materiales explicativos podrían dificultar la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico por parte de los pacientes y sus acompañantes.

2.1.4.2 Comunicación interna

En el plano interno, el diagnóstico permitió evidenciar la existencia de canales de comunicación mayormente informales, lo que puede generar dificultades en la coordinación y circulación de información dentro del Departamento de Anestesia.

Además, se identificaron desafíos asociados a la alta rotación de profesionales y a la carga laboral, factores que pueden incidir en la consolidación de un equipo estable y en la planificación de estrategias comunicacionales.

2.1.4.3 Recursos comunicacionales

El estudio detectó la ausencia de materiales institucionales diseñados específicamente para informar a pacientes y sus familias sobre el proceso anestésico-quirúrgico. Esto limita las posibilidades de brindar información clara, accesible y homogénea.

2.1.4.4 Dinámicas institucionales

También se identificaron limitaciones vinculadas a recursos institucionales y organizacionales, que podrían incidir en la capacidad del Departamento para desarrollar estrategias de comunicación.

2.1.5 Conclusión del diagnóstico

El diagnóstico permitió llegar a la conclusión de que la comunicación entre el Departamento de Anestesia y las familias puede presentar debilidades estructurales vinculadas principalmente a la ausencia de recursos comunicacionales específicos y a la falta de estrategias institucionales sistemáticas de información y acompañamiento.

En este sentido, se identifica la necesidad de desarrollar herramientas comunicacionales que permitan explicar el proceso anestésico-quirúrgico de forma clara, accesible y adaptada a los diferentes públicos, para contribuir a reducir la incertidumbre y fortalecer la confianza entre el equipo médico y las familias.

A continuación se adjunta el documento original del diagnóstico mencionado:

 Diagnóstico_Plan_ComOrg_Departamento_Anestesia_CHPR

2.2 Antecedentes nacionales vinculados a la imagen e identidad organizacional

El Trabajo Final de Grado de Sellanes (2020) se centra en el análisis de la construcción de la imagen organizacional de la Fundación Canguro, desde su creación en 2016 hasta la obtención del Premio de Derechos Humanos de la Unión Europea en 2018. Esta organización brinda “nutrición afectiva” a recién nacidos que permanecen en el Hospital Pereira Rossell debido a contextos de vulnerabilidad social y familiar.

La investigación, de carácter exploratorio y cualitativo, obtiene resultados que evidencian que la imagen de la Fundación se construye a partir de su misión de proteger los derechos de los bebés, especialmente el derecho a la familia, la identidad y la integridad, lo cual le ha otorgado un alto reconocimiento social y mediático (Sellanes, 2020).

La autora concluye que la imagen organizacional se consolida más por la coherencia entre sus objetivos y acciones que por campañas deliberadas, lo que refuerza la importancia de la comunicación espontánea y el testimonio social (Sellanes, 2020).

Esta investigación evidencia que la imagen institucional no se sostiene únicamente en acciones deliberadas de comunicación, sino en la coherencia entre misión, prácticas y reconocimiento por parte de los públicos.

2.3 Antecedentes internacionales con respecto a la comunicación con pacientes y sus familias en contextos clínicos

La técnica C.A.R.P. reúne cuatro principios básicos de diseño gráfico aplicados a la mejora de materiales educativos para pacientes quirúrgicos: Contraste, Alineación, Repetición y Proximidad (Duong et al., 2022). Estos recursos facilitan la comprensión del mensaje y captan la atención del público. En la aplicación práctica, los autores rediseñan materiales quirúrgicos al simplificar diagramas, aplican contraste, mantienen la alineación y la repetición de elementos, y organizan la información de forma secuencial. El estudio concluye que esta técnica transforma materiales complejos en presentaciones claras y atractivas, con efectos positivos en la comprensión, la satisfacción y los resultados postoperatorios.

En esta misma línea, los trabajos sobre enfermedades minoritarias destacan la relevancia de la coordinación y la comunicación con las familias. Uno de los principales problemas es el retraso del diagnóstico, que puede extenderse en promedio cerca de cinco años, con consecuencias negativas para la atención y la calidad de vida (Faye et al., 2024). Frente a esta complejidad, la literatura propone el modelo de hogar médico como una modalidad de atención integral, centrada en la familia y coordinada entre los distintos profesionales (McAllister, Presler y Cooley, 2007).

La investigación también resalta la necesidad de una comunicación de calidad con el paciente y su familia, clave para la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional. Se recomienda planificar la transmisión de diagnósticos complejos, emplear un lenguaje claro, evitar tecnicismos y fomentar la participación de los niños en las decisiones de salud (Levetown, 2008; Pantell et al., 1982). Asimismo, se subraya que la falta de coordinación interprofesional puede derivar en diagnósticos tardíos, duplicidad de pruebas y demoras en los tratamientos (Stille, 2009).

Estos antecedentes internacionales muestran como la calidad de la comunicación médico-paciente incide directamente en la comprensión de los procedimientos, la adherencia terapéutica y el bienestar psicosocial de las familias.

2.3.1 Antecedentes nacionales sobre herramientas comunicacionales para los pacientes y sus familias sobre el proceso quirúrgico

En la misma línea de lo expuesto por los antecedentes internacionales sobre la importancia de la calidad de la comunicación médico-paciente, además de considerar el producto comunicacional que se desarrollará en este trabajo, también se toman en cuenta distintos antecedentes de herramientas comunicacionales dirigidas a pacientes y sus familias.

En primer lugar se encuentra el manual: “Duerme mi niño: Material didáctico para niños sobre anestesia”, CASMU (2024), este antecedente constituye una pieza de comunicación educativa visual desarrollada por la institución de salud privada CASMU en Uruguay. Este material consiste en una guía ilustrada dirigida a pacientes pediátricos y sus cuidadores, cuyo objetivo es reducir la asimetría informativa en el ámbito quirúrgico.

Desde una perspectiva comunicacional, el documento destaca el uso de un lenguaje iconográfico adaptado que explica procesos técnicos como el monitoreo cardíaco, la colocación de vías intravenosas y los protocolos de ayuno mediante metáforas comprensibles para el niño. La relevancia de esta fuente para el campo de la información radica en cómo la alfabetización en salud preoperatoria se utiliza como estrategia para mitigar la ansiedad y fomentar la colaboración activa del paciente, se subraya el compromiso institucional con una atención segura y cercana.

Como segundo antecedente está el libro “Tengo que Operarme” (s.f) que fue realizado por el Ministerio del Interior y el Departamento de Pediatría del Hospital Policial, a este material se accedió por medio de la persona referente del Departamento de Anestesia del CHPR. Este antecedente también es una pieza de comunicación educativa visual que explica algunos momentos claves como qué es la cirugía, la importancia de la participación activa de los infantes en la preparación del proceso de intervención quirúrgica. Al mismo tiempo, cuenta con una sección didáctica pensada para los niños donde se los invita a dibujar, escribir y pintar diferentes propuestas.

2.3.2 Antecedentes Internacionales sobre herramientas comunicacionales para los pacientes pediátricos y sus familias sobre el proceso quirúrgico

El Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (2026) propuso el material “*Modelo de Experiencia del Paciente y Atención Emocional (Child Life)*.” Este antecedente internacional es un referente en la gestión de la comunicación organizacional en salud. El hospital postula que “la información es el mejor ansiolítico” (2026), principio bajo el cual han desarrollado una infraestructura comunicativa que incluye visitas preanestésicas detalladas y materiales pedagógicos de alta calidad, como cuentos ilustrados por artistas reconocidos.

El modelo destaca por la figura del especialista *Child Life*, quien media la comunicación de los miedos entre el niño, la familia y el equipo quirúrgico.

Este estudio permite observar cómo el diseño de mensajes centrados en la persona y la creación de entornos didácticos digitales y físicos impactan directamente en los indicadores de calidad asistencial y en la reducción del estrés postoperatorio en intervenciones de cirugía ambulatoria y hospitalaria.

Yu, Q., Han, Q., Yan, R., y Ding, X. (2025). Pediatric Anesthesia, Psychology, and Interventions: A Narrative Review. *Drug Design, Development and Therapy*, 19, 9779–9787. Esta revisión narrativa de alcance global analiza la efectividad de las intervenciones informativas y psicológicas en el contexto de la anestesia pediátrica. El trabajo documenta científicamente la superioridad de las herramientas de distracción no farmacológicas, tales como el uso de aplicaciones interactivas, como son *PreOpApp Kids*, realidad virtual y gafas de video, para el manejo de la ansiedad preoperatoria.

La fuente aporta evidencia de cómo el procesamiento adecuado de la información sensorial (lo que el niño ve, oye y siente), a través de medios digitales mejora la satisfacción del paciente y optimiza la inducción anestésica.

Este antecedente es clave para justificar el uso de nuevas tecnologías de la información en el desarrollo de materiales de acompañamiento quirúrgico contemporáneos.

La revisión de antecedentes permitió identificar que existe consenso respecto a la importancia de la comunicación clara y accesible en contextos sanitarios, particularmente en la atención pediátrica. Asimismo, se constató la efectividad de los materiales educativos visuales y de las estrategias comunicacionales orientadas a pacientes y familias para reducir la ansiedad preoperatoria y mejorar la comprensión de los procedimientos médicos. Sin embargo, no se encontraron antecedentes específicos centrados en la comunicación del proceso anestésico pediátrico en Uruguay, lo que evidencia un área poco explorada y refuerza la pertinencia del presente trabajo.

3. Definición del problema

A continuación, se presentan los problemas que plantea el departamento así como los que se desarrollan en el presente trabajo. Cabe destacar que estos problemas son diversos, y abarcan desde la comunicación interna a la comunicación externa de la organización. Finalmente se define el problema central a abordar y acordado con la organización.

3.1 Problema de Investigación

El problema central que se identifica es la comunicación poco asertiva sobre las etapas del proceso anestésico-quirúrgico en los pacientes pediátricos. Esta situación se origina por una combinación de factores estructurales y comunicacionales que se detallan a continuación.

En primer lugar, se da cuenta de una escasez de información y materiales. Existe una ausencia de materiales didácticos y pedagógicos institucionales adaptados para niños y sus familias. A su vez, se detectó que existe cierta brecha de conocimiento en los pacientes y sus familias sobre el proceso quirúrgico, que podría derivar en estados de ansiedad, estrés y miedo.

Por otro lado, el anestesista pediátrico percibe una baja visibilidad de su labor, a menudo es visualizado como un actor que solo aplica un "pinchazo", que se podría traducir, en algunos casos, en sentimientos de desconfianza por parte de quienes desconocen su rol.

A su vez, el uso de lenguaje técnico difícil de comprender, la alta rotación de personal y la sobrecarga asistencial suelen representar una dificultad a la hora de la creación de un vínculo comunicativo sólido y homogéneo entre el anestesista con las familias y pacientes.

3.2 Preguntas de investigación

En el marco de los problemas que se detallaron, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se puede fortalecer la comunicación entre el Departamento de Anestesia del CHPR con los pacientes y familias durante las etapas del proceso anestésico-quirúrgico?

De esta necesidad, se desprenden preguntas complementarias:

- ¿Qué información brinda actualmente la organización sobre el proceso anestésico-quirúrgico y sus etapas para los pacientes y familias?
- ¿Qué herramientas de comunicación pueden implementarse para mejorar la comprensión y la confianza de las familias en el proceso anestésico-quirúrgico?
- ¿Qué desafíos enfrentan los anestesistas al momento de comunicarse con los pacientes y familias en el proceso anestésico-quirúrgico?

3.3 Orientación del trabajo

El trabajo se enmarca en una investigación de carácter exploratorio y descriptivo con un enfoque mixto (Hernandez Sampieri, 2014).

Se busca utilizar la comunicación como una herramienta preventiva, informativa y terapéutica para reducir la incertidumbre preoperatoria. Uno de sus propósitos centrales es la educación del paciente en la salud, con un enfoque pedagógico que informe a las familias y repercuta en la seguridad del paciente bajo la premisa de que más conocimiento es proporcional a menor miedo a lo desconocido.

A su vez, se busca un enfoque de cuidado centrado en la familia, bajo la premisa de que el bienestar del paciente puede depender y se puede ver influenciado por la tranquilidad y la información clara recibida por su entorno.

3.4 El sentido de pertenencia del Departamento de Anestesia del CHPR

En primer lugar, se da cuenta de una alta rotación de personal en el Departamento, la anestesia pediátrica es compleja y requiere de una intensa formación, el CHPR es reconocido por ser un excelente centro de capacitación para profesionales del área. Pero las preferencias personales y las ofertas laborales con salarios más competitivos en otras instituciones de la salud, llevan a que muchos anestesistas opten por desempeñarse en otras organizaciones con menor carga laboral y mayor retribución económica. Ésta rotación afecta a la construcción de un sentido de pertenencia sólido. Por otra parte, genera que los profesionales que optan por permanecer y formar parte del Departamento de Anestesia, aporten un componente vocacional de gran valor debido a su interés en la organización y su propósito. De todas formas, esta situación de alta rotación puede abrir la posibilidad a un ambiente de trabajo inestable, que en mayor o menor medida, puede llegar a afectar a la calidad de la atención brindada a los pacientes.

A su vez, la rotación podría traer consigo factores desencadenantes que representan situaciones poco ideales para el Departamento, como los debilitamientos en la comunicación interna. Al no existir un grupo estable definido, se podría generar cierta división interna que impacta en los vínculos entre los funcionarios estables y los funcionarios que rotan. Esta división si bien es abordada con profesionalismo puede llevar a un posible bajo nivel de sentido de pertenencia, que genera debilidades en la constitución de un equipo de apoyo. Resulta inevitable que tarde o temprano se puedan generar algunas lagunas de información como las detalladas a continuación: desconocimiento sobre las acciones diarias de la Fundación Niños Sin Dolor; canales informales de comunicación como lo es Whatsapp; deterioro de la comunicación interna dentro del Departamento de Anestesia. Esto ocurre al mismo tiempo entre diferentes departamentos dentro del Hospital, incluso se menciona un desconocimiento de los quehaceres entre áreas, lo que puede traer como consecuencia, por ejemplo, una minimización de la importancia de las tareas realizadas en el Departamento de Anestesia.

3.5 El rol de la Fundación Niños sin Dolor

Si se piensa en la Fundación Niños Sin Dolor, existe cierto desconocimiento por parte de los integrantes del Departamento de Anestesia sobre los objetivos y toma de decisiones de la misma. Hay varios profesionales que no están informados sobre cómo el rol de la Fundación impacta y puede impactar en su trabajo diario, ni cuáles son los objetivos que tiene hoy. Incluso, a pesar de compartir integrantes entre ambas organizaciones, mencionan cierta desconexión entre las mismas. Esta desconexión puede generar una falta de reciprocidad fluida y una falta de participación completamente activa en las decisiones entre ambas partes. Es en este sentido que se puede llegar a encontrar cierta limitación a la hora de apuntar a la posibilidad de una colaboración más enriquecedora.

3.6 El rol del Anestesista Pediátrico

Se detectó cierto desconocimiento sobre el rol del Anestesista, especialmente por parte de los pacientes y las familias. Es una profesión que quizá no ha logrado visibilizar su importancia y trascendencia al mismo nivel que el resto de las profesiones que intervienen en el proceso quirúrgico, de acuerdo a los mismos profesionales del área encuestados para este trabajo. Esto puede tener como consecuencia que algunos públicos del CHPR no comprendan cabalmente la función e importancia del rol de estos profesionales en todo el proceso, tanto dentro del bloque quirúrgico como en las urgencias. Este desconocimiento podría generar desconfianza en los pacientes y sus familias.

También se enfatiza en la existencia de una posible percepción errónea del rol, ya que, la tarea de su día a día, implica mantener el equilibrio físico y psíquico del paciente durante todo el proceso anestésico-quirúrgico.

3.5 El acceso a recursos y materiales

Otro desafío que se presenta es la falta de recursos y materiales que tiene la organización, al ser dependiente de ASSE, se cuenta con un presupuesto limitado, y que podría resultar insuficiente para las acciones y mejoras que se quieren realizar. Esto lleva a que se recurra a otras vías de recaudación de fondos que resultan claves y esenciales en el desarrollo y avance de la tecnología, como la Fundación

Niños Sin Dolor, que contribuye de forma activa a mejorar el equipamiento y la tecnología para brindar a los pacientes un servicio apoyado en avances científicos y tecnológicos de vanguardia.

3.6 Problema acordado

Los problemas mencionados, podrían repercutir en un alto nivel de desconocimiento por parte del paciente y su familia hacia el proceso que va a vivenciar el niño, genera que el proceso anestésico-quirúrgico se experimente desde un estado de ansiedad. El problema central se ubica en la escasa información y comunicación que existe en el área sobre las etapas del proceso anestésico-quirúrgico. Y esto puede dar lugar a una mayor dificultad en el resultado de la operación, entre otras consecuencias, como lo son la ansiedad, el estrés y el miedo.

Se encuentra la necesidad de vincular los distintos factores mencionados en un eje común, para detectar una intersección a nivel comunicacional a partir del cual poder focalizar el problema con sus dimensiones. Este eje, que se establece como el problema central, es la comunicación poco asertiva sobre las etapas del proceso de la anestesia en los niños.

3.7 Pregunta general de este trabajo.

La pregunta de investigación que guía este trabajo es:

¿Cómo se puede fortalecer la comunicación asertiva entre el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico Pereira Rossell y los pacientes y familias durante las etapas del proceso anestésico-quirúrgico?

3.8 Preguntas específicas de investigación

Algunas preguntas específicas que acompañan la pregunta de investigación son:

¿Cómo se desarrolla la comunicación entre el equipo del Departamento de Anestesia y las familias de los pacientes pediátricos durante el proceso anestésico-quirúrgico?

¿Qué herramientas de comunicación pueden implementarse para mejorar la comprensión y la confianza de las familias en el proceso anestésico-quirúrgico?

¿Qué desafíos enfrentan los anestesistas al momento de comunicarse con los pacientes y familias en el proceso anestésico-quirúrgico?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Fortalecer la comunicación asertiva entre el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico Pereira Rossell con los pacientes pediátricos y sus familias durante el proceso anestésico-quirúrgico.

4.2 Objetivos específicos:

- Implementar estrategias comunicacionales que favorezcan el acompañamiento de las familias y de los pacientes pediátricos durante el proceso anestésico-quirúrgico.
- Identificar las herramientas comunicacionales que puedan implementarse para fortalecer la confianza de las familias en el proceso anestésico-quirúrgico.
- Diseñar herramientas de comunicación que mejoren la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico durante todas sus etapas por parte de las familias y los pacientes pediátricos.

5. Metodología

En este capítulo se presentan las decisiones metodológicas adoptadas para el desarrollo del Trabajo Final de Grado y para la elaboración del Plan Estratégico de Comunicación. En primer lugar, se describen las estrategias y técnicas utilizadas para la realización del diagnóstico que sustenta el TFG. En segundo lugar, se explican los criterios metodológicos aplicados para el diseño y desarrollo del producto comunicacional propuesto como parte del PEC.

5.1 Metodología en el TFG

El TFG se desarrolló bajo un enfoque mixto, con un marcado predominio de técnicas de carácter cualitativo. Este enfoque permitió obtener una comprensión profunda de las dimensiones simbólicas y relacionales que atraviesan la comunicación en el Departamento de Anestesia del CHPR. Siguiendo a Hernandez Sampieri (2014), la investigación se definió como un diseño de alcance exploratorio y descriptivo, orientado a reconocer las prácticas y necesidades comunicacionales de los actores involucrados en el entorno quirúrgico pediátrico. Se buscó identificar y analizar las dinámicas de comunicación entre el equipo de anestesistas, los pacientes y sus familias.

5.1.1 Técnicas cualitativas

Se emplearon tres herramientas fundamentales para captar los matices emocionales y técnicos del proceso anestésico-quirúrgico:

Por un lado, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, se realizaron un total de diez entrevistas, entre ellos: anestesistas (presupuestados y no presupuestados), licenciado en enfermería, cirujano, jefa del Departamento de Anestesia y presidenta de la Fundación Niños Sin Dolor. Estas instancias permitieron recolectar información flexible y abierta, basada en guías de preguntas adaptadas a cada rol profesional. Con el fin de preservar la confidencialidad, las identidades fueron anonimizadas mediante el uso de pseudónimos.

Estas entrevistas fueron estructuradas en una tabla de sistematización de información. Se utilizó TurboScribe AI (TurboScribe, modelo ballena) Para la transcripción textual de todas las entrevistas. Se utilizó ChatGPT (OpenAI, modelo GPT-5.0, modo agente) para sistematizar toda la información de las transcripciones en un formato de tabla, el prompt incluyó las siguientes instrucciones: Se le indicó las filas y columnas, su significado y su motivo, se le indicó que todas las respuestas en las entrevistas eran de tónica similar pero diferentes entre sí, por lo cual era importante que se detuviera en la captación de matices entre respuestas, y se le indicó que debía leer todas las transcripciones una por una (adjuntadas en un documento) y luego generar la tabla en un archivo excel (output). También se utilizó ChatGPT (modelo GPT-5.0 de OpenAI) para la generación de las imágenes incluidas en el manual. A través de esta herramienta se crearon ilustraciones originales de avatares ficticios que representan a anestesistas, niños, familias y otros profesionales de la salud, con el objetivo de acompañar visualmente los contenidos y facilitar su comprensión.

Por otro lado, se utilizó la observación no participante, que se llevó a cabo en las instalaciones del CHPR. Se optó por un nivel de participación pasiva, que según Hernández Sampieri (2014), sirve para vivenciar la experiencia del usuario y registrar detalles de la comunicación visual y el entorno físico que impactan en la imagen institucional, y por ende también, en la percepción de esas familias.

Finalmente, se realizó un relevamiento de fuentes secundarias que incluyó la revisión de los formularios de consentimiento informado que se le brinda a las familias, protocolos internos, folletería y la presencia digital de la organización en redes sociales y sitio web.

5.1.2 Técnicas cuantitativas

Como complemento a los hallazgos cualitativos, se implementó una encuesta al universo total de los sesenta (60) anestesistas del departamento. El instrumento consistió en preguntas cerradas con escala Likert y preguntas abiertas de respuesta breve, orientadas a medir el grado de alienación en los criterios de comunicación y la percepción del rol profesional. Debido a la carga asistencial del personal, se obtuvo una tasa de respuesta de ocho profesionales, por lo que los resultados se analizaron

con carácter exploratorio y descriptivo, buscando identificar tendencias dentro del colectivo.

5.2 Metodología para el PEC

La fase de intervención profesional se desarrolló tomando como punto de partida los resultados obtenidos en el diagnóstico previo, el cual constituyó el insumo principal para la elaboración de este Plan Estratégico de Comunicación (PEC). En esta instancia se adoptó nuevamente una metodología de carácter mixto y se realizó una actualización del diagnóstico con el objetivo de verificar la vigencia de los hallazgos obtenidos y ajustar los lineamientos de la propuesta comunicacional en función de los resultados alcanzados y del trabajo desarrollado.

Esta actualización contempló un cambio en la jefatura del departamento, lo que implicó la necesidad de generar nuevas instancias de diálogo con las autoridades actuales para validar la pertinencia del producto comunicacional.

En este contexto, se llevaron a cabo entrevistas con la nueva jefa del Departamento de Anestesia del CHPR. Estas instancias permitieron validar la pertinencia del desarrollo de un manual informativo dirigido a pacientes pediátricos y sus familias, así como del diseño de un guión técnico para una pieza audiovisual.

Las entrevistas tuvieron un carácter exploratorio y permitieron profundizar en aspectos vinculados a la comunicación con los pacientes, las dificultades observadas en la comprensión del proceso quirúrgico y las posibles estrategias para mejorar la experiencia de las familias durante ese proceso.

Como parte de esta metodología, se diseñó una encuesta piloto para que los propios anestelistas puedan completar sobre el proceso anestésico-quirúrgico de cada niño, y cómo fue la actitud de los adultos referentes frente a esa vivencia, que tuvo una doble finalidad. Por un lado, el objetivo fue relevar cómo perciben los anestelistas la experiencia de los adultos referentes y el niño/a durante ese proceso. Para este punto la encuesta se planteó como una herramienta de medición inicial que permitió obtener indicadores sobre la percepción de las familias respecto a la información recibida de forma previa al acceso a un manual.

De esta forma, la metodología que se adoptó para el desarrollo del PEC combinó la actualización del diagnóstico a través de entrevistas con referentes institucionales.

Como resultado del proceso de actualización del diagnóstico y de la validación realizada con las autoridades del Departamento de Anestesia, se define el diseño de un conjunto de herramientas comunicacionales orientadas a fortalecer la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico. En particular, se desarrolló un manual informativo dirigido a pacientes pediátricos y sus familias, cuya elaboración se basó en las necesidades comunicacionales identificadas durante la investigación, en la revisión de antecedentes nacionales e internacionales y en criterios de comunicación en salud y alfabetización sanitaria. Complementariamente, se elaboró un guión técnico para realizar una pieza audiovisual como propuesta para ampliar el alcance de la estrategia comunicacional.

5.3 Sinergia metodológica

La integración de técnicas cualitativas y cuantitativas garantizó la validez del estudio y de los productos comunicacionales, al permitir que la profundidad interpretativa de las entrevistas y las observaciones se viera respaldada por los datos comparables de la encuesta y el rigor técnico de la planeación estratégica. Esta estructura metodológica aseguró que la intervención no fuera fruto del activismo comunicacional (Aljure, 2015); sino de una respuesta técnica orientada a mejorar el bienestar de los pacientes pediátricos y sus familias.

6. Marco teórico

6.1 Marco teórico general

Para el Plan Estratégico de Comunicación del Departamento de Anestesia del CHPR resulta necesario retomar el concepto de organización como sistema vivo de relaciones propuesto por Mariluz Restrepo (1995).

M. Restrepo (1995) define a la organización como un sistema vivo de relaciones comunicativas, identidad y cultura, atravesado por procesos de interacción tanto internos como externos. A su vez la comunicación se caracteriza por ser una red multidimensional, donde ocurren acontecimientos y sucesos de manera simultánea y el ser humano tiene un rol de nudo interceptor, a través del que se construyen los mensajes en una tensión entre quien lo emana y quien lo comprende. A su vez, define a la Comunicación como un proceso constitutivo y permanente que no solo transmite información, sino que configura la cultura, la identidad y la existencia de la misma organización.

Por su parte la comunicación asertiva, según Magaña Loarte (2024), es un estilo de comunicación que consiste en expresar ideas, emociones y necesidades con claridad y respeto. Implica ser directo y sincero sin caer en la agresividad ni en la pasividad. La comunicación asertiva se caracteriza por contar con una comunicación abierta y transparente.

Uno de los rasgos principales de una organización es su cultura, según Etkin y Schvarstein (1989) son las formas de pensar, creer y hacer las cosas en la organización. Es un marco de referencia compartido por las personas que la integran.

6.2 Marco teórico específico

Gary L. Kreps (1985) habla sobre la necesidad de formar a los estudiantes de la salud en diferentes habilidades de comunicación para poder mejorar la relación que se da entre el profesional de la salud y el paciente. El enfoque que busca promover es la cooperación entre los profesionales de las diferentes áreas de la salud con los pacientes y sus familias, para así fortalecer la coordinación y la sensibilidad interprofesional.

Uno de los focos en este programa propuesto por Kreps (1985) se refiere a la comunicación de la salud, es decir, a las entrevistas con los pacientes. También se destaca la importancia de la formación de profesionales en habilidades de comunicación oral y escrita para explicar procedimientos y prevenir enfermedades, con esto los pacientes y sus familias pueden empoderarse, y pueden volverse agentes de educación. En tercer lugar está la relación paciente-profesional, que se considera un factor crítico en el éxito de los tratamientos. La comunicación personal y humanizada mejora la adherencia y reduce los conflictos. Otro punto importante para el autor es el trabajo en equipo de la salud, donde la colaboración interdisciplinaria es esencial. Por otro lado, está la comunicación terapéutica, Kreps (1985) la entiende como aquel apoyo emocional, empatía, confianza y validación, que favorece el afrontamiento de problemas de salud, procesos quirúrgicos, entre otras cosas. Como penúltimo eje se encuentra la ética en la comunicación en salud. En el último lugar encontramos al eje de la comunicación en organización de salud, el autor expresa que en los hospitales y centros de salud requieren flujos comunicativos efectivos para su funcionamiento.

Gary L. Kreps (1985) como conclusión, expresa que la formación en comunicación en el área de la salud va a beneficiar a los profesionales en ejercicio y a los estudiantes, ya que los acerca a experiencias reales de la práctica profesional. A su vez, va a beneficiar a los pacientes, ya que van a comprender mejor el sistema y van a poder desarrollar competencias para poder participar activamente de su cuidado.

El Plan Estratégico de Comunicación (PEC), se entiende según Andrés Aljure (2015) como el producto de un pensamiento estratégico y sistema de planificación en función de los objetivos estratégicos de la organización. Desde esta perspectiva, la comunicación no constituye un fin por sí misma, sino que funciona como una herramienta que contribuye al cumplimiento de metas organizacionales, que articula acciones, mensajes y canales de manera coherente con la estrategia institucional.

De acuerdo con Aljure (2015), la planificación estratégica de comunicación implica un proceso estructurado que parte del análisis de la situación, continúa con la definición de objetivos, la identificación de públicos, la construcción de mensajes y la selección de acciones y canales.

Asimismo, el PEC supone una toma de decisiones basada en el conocimiento del entorno y de la organización, lo que implica relevar información a través de diversas técnicas como entrevistas, revisión documental y análisis de percepciones. En este sentido, el diagnóstico previo se posiciona como una etapa fundamental, ya que permite identificar problemáticas, oportunidades y necesidades comunicacionales que orientan el plan estratégico de comunicación.

Otro aspecto central del enfoque propuesto es la identificación y segmentación de los públicos de interés, los cuales son actores clave con los que la organización se vincula. A partir de ese reconocimiento es que se definen los mensajes y acciones, ya que el público objetivo determina cuáles serán los canales más adecuados y los momentos oportunos para su implementación.

El PEC no es un instrumento rígido, por lo tanto, esto permite su implementación a nivel institucional o en procesos particulares, mientras se mantenga la alineación con los objetivos generales de la organización.

Según Pereyra, M., Pezzano, R., & Romero, I. (s.f.), un plan estratégico de comunicación en instituciones de salud surgen de un diagnóstico que permite identificar problemáticas vinculadas a los flujos de información, la coordinación entre actores y la disponibilidad de herramientas para la gestión comunicacional. En este sentido, la comunicación organizacional se entiende como un proceso que atraviesa

a todos los integrantes de la institución, donde las dificultades en la circulación de la información pueden impactar directamente en el funcionamiento de los equipos y en la calidad del servicio brindado.

Desde esta perspectiva, la implementación de herramientas de comunicación y la formalización de procesos comunicacionales buscan favorecer una mayor fluidez en los intercambios internos, lo que puede repercutir positivamente en la atención a los pacientes y en la eficiencia de los procesos asistenciales.

7. Plan Estratégico de Comunicación

7.1 Análisis de situación

Esta sección se basa en los resultados que se obtienen del diagnóstico de comunicación realizado en el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, así como en su posterior actualización.

A partir de este proceso, se identifica que la comunicación con pacientes pediátricos y sus familias presenta ciertas limitaciones, caracterizadas inicialmente por la ausencia de materiales comunicacionales asertivos específicos, por la predominancia de instancias verbales breves y por la falta de sistematización en la transmisión de la información. Esto muestra que en la actualidad se caracteriza por un modelo comunicacional que se basa en la urgencia asistencial, donde la comunicación se resuelve en función del tiempo y espacio disponible por parte de los profesionales, no como parte integral del proceso de atención.

Asimismo, se reconoce que la calidad de la información que se brinda depende en gran medida del criterio individual de cada profesional y del tiempo disponible en la consulta preanestésica, lo que puede generar experiencias heterogéneas entre las familias. Esta variabilidad no solo afecta la claridad del mensaje que el Departamento de Anestesia puede dar, sino que también puede poner en evidencia la ausencia de lineamientos institucionales que orienten y alineen los mensajes, esto puede dar lugar a inequidades en el acceso a la información y a la comprensión por parte de las familias y los pacientes.

En este contexto, se puede notar una brecha significativa entre la complejidad del proceso anestésico-quirúrgico y el nivel de comprensión de los pacientes y sus referentes adultos, lo que puede repercutir en estados de ansiedad, miedo e incertidumbre. Esta distancia no responde únicamente a la dificultad técnica del contenido, sino también al uso predominante de un lenguaje más técnico y a la falta de recursos que faciliten esa traducción a un lenguaje más cercano y comprensible. Como consecuencia, las familias podrían enfrentar el proceso quirúrgico desde un lugar de mayor incertidumbre.

Además, en el marco de la actualización del diagnóstico para el desarrollo del PEC, se incorpora el testimonio de una madre de una paciente pediátrica que atravesó diferentes instancias quirúrgicas dentro del CHPR. Esta instancia permite reafirmar varios de los hallazgos que se identificaron previamente, especialmente aquellos con relación a la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico y al impacto emocional que atraviesan las familias.

En este sentido, la madre expresó que previo a las intervenciones no comprendía con claridad qué implica la anestesia ni cuál era específicamente el rol del anestesista dentro del procedimiento. Asimismo, señaló que gran parte de la información que se le brinda, resultó difícil de procesar por el estado emocional de ella del momento y por el uso de lenguaje técnico.

A su vez, manifestó que sería de gran ayuda contar con materiales escritos o visuales que permitieran revisar la información fuera del contexto inmediato de tensión previo a la cirugía. En relación a esto expresa: “Uno está nervioso y no se puede concentrar (...) es un papel con cantidad de letra y lenguaje difícil que se te olvida todo al instante”.

El relato también permitió identificar cómo la falta de familiaridad con los espacios hospitalarios y el desconocimiento del recorrido quirúrgico pueden incrementar la incertidumbre de las familias, especialmente en quienes atraviesan este tipo de experiencias por primera vez.

En relación a esto, también se pueden identificar factores organizacionales que condicionan la comunicación, tales como la alta rotación del personal, la sobrecarga asistencial y la inexistencia de herramientas institucionales que acompañen el proceso comunicacional. Estas condiciones pueden limitar la posibilidad de generar vínculos más cercanos y sostenidos entre los anestesistas y las familias y pacientes. A su vez, la inexistencia de recursos que faciliten ese vínculo puede dar lugar a que la dependencia hacia la iniciativa individual de cada anestesista sobre cómo y qué comunicar, sea aún más fuerte. Que la comunicación y el mensaje hacia las familias y pacientes dependa de cada profesional, puede debilitar aún más la coherencia del mensaje.

En cuanto a los resultados cuantitativos, la encuesta aplicada al total de anestesistas del departamento obtuvo una tasa de respuesta que puede ser reducida (8 de 60 profesionales), pero este dato, lejos de invalidar el relevamiento, permite interpretar las condiciones de trabajo del equipo, marcadas por la carga asistencial y la disponibilidad limitada de tiempo. En este sentido, los resultados se analizan con carácter exploratorio, pero resultan consistentes cuando se comparan con los hallazgos cualitativos, al evidenciar la falta de alineación en los criterios de comunicación y la percepción de dificultades al momento de transmitir información a pacientes y familias.

A partir del diagnóstico realizado y de las necesidades comunicacionales identificadas, se determinó que las herramientas con mayor potencial para fortalecer la comunicación entre el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico Pereira Rossell y los pacientes pediátricos junto a sus familias son un manual informativo y el desarrollo de un guión técnico para una producción audiovisual. La selección de estas herramientas responde a su capacidad para abordar las problemáticas detectadas durante la investigación, así como para sintetizar y organizar grandes volúmenes de información, presentándolos de forma clara, comprensible, amena y accesible para los públicos objetivo de este trabajo. De este modo, se busca favorecer la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico, reducir la incertidumbre asociada al mismo y promover una comunicación más efectiva entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias.

En síntesis, el análisis de situación permite afirmar que la comunicación actual presenta oportunidades de mejora en el cumplimiento de su función informativa, educativa y asertiva, lo que justifica la necesidad de una intervención estratégica que permita integrar la comunicación como parte del cuidado en salud, promoviendo mayor claridad, coherencia y acompañamiento a lo largo de todo el proceso anestésico-quirúrgico.

7.2 Objetivos de comunicación

Los objetivos de comunicación del PEC se orientan a abordar las problemáticas identificadas en el diagnóstico, a partir de la gestión estratégica de la comunicación como herramienta organizacional.

En este marco, se define como objetivo general del presente trabajo:

Fortalecer la comunicación asertiva de la información brindada por el Departamento de Anestesia del CHPR a pacientes pediátricos y sus familias durante las distintas etapas del proceso anestésico-quirúrgico.

A partir de este objetivo general, se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- *Reducir los niveles de desinformación del proceso anestésico-quirúrgico por parte de pacientes y sus familias, mediante la implementación de herramientas comunicacionales claras.*
- *Estandarizar los contenidos informativos que se brindan a los pacientes y sus familias de parte del equipo del Departamento de Anestesia del CHPR.*

7.3 Tabla de planificación estratégica

Objetivo general	Objetivos específicos	Actividades	Acciones	Responsables	Tiempos	Indicadores	
Fortalecer la comunicación asertiva de la información brindada por el Departamento de Anestesia del CHPR a pacientes pediátricos y sus familias durante las distintas etapas del proceso anestésico-quirúrgico.	Reducir los niveles de desinformación del proceso anestésico-quirúrgico por parte de pacientes y sus familias, mediante la implementación de herramientas comunicacionales claras.	Elaboración del manual informativo y lúdico	- Relevamiento de contenidos clave del proceso anestésico-quirúrgico que necesitan comunicarse a pacientes pediátricos y familias. - Definición del tono, lenguaje y recursos lúdicos (ilustraciones, personajes, metáforas, etc.). - Redacción de los textos base y guionado de la secuencia narrativa del manual. - Diseño gráfico y maquetación (identidad visual, ilustraciones, diagramación). - Revisión interna de estilo, claridad y pertinencia clínica antes de validar.	Equipo del TFG	3 semanas	1. Lograr que al menos el 80% de los anestesistas encuestados coincidan en las categorías "De acuerdo" o "Muy de acuerdo" en que las familias demuestran una asimilación previa clara de las pautas básicas del proceso gracias a los materiales implementados.	
					2 semanas		
					3 semanas		
					4 semanas		
					2 semanas		
		Elaboración del guión técnico del video informativo	- Definición de objetivos, público y duración estimada de la pieza. - Estructuración del contenido en bloques o escenas. - Redacción del guión técnico: descripción de imagen, texto en pantalla, locución y recursos sonoros.	Equipo del TFG	1 semana		2. Conseguir que el 75% de los anestesistas del departamento reporten una mejora perceptible en el clima emocional dentro del área prequirúrgica, manifestando que el manejo de la inducción con el paciente pediátrico se volvió más fluido y menos conflictivo en comparación con la línea de base.
					1 semana		
					1 semana		
	Validación de ambos materiales con referentes del Departamento de Anestesia	- Coordinación de instancias de revisión (reuniones o entregas para comentarios). - Presentación de los borradores del manual y del guión. - Recolección y sistematización de observaciones y sugerencias. - Ajuste de los materiales e incorporación de correcciones hasta obtener la aprobación.	Equipo del TFG y referentes de la organización	2 semanas			
				1 día			
				1 día			
	Estandarizar los contenidos informativos que se brindan a los pacientes y sus familias de parte del equipo del Departamento de Anestesia del CHPR.	Presentación del manual al equipo de anestesistas	- Coordinación de la instancia de presentación. - Elaboración del soporte de presentación. - Exposición del manual, su fundamentación y modo de uso. - Espacio de intercambio para recoger dudas, aportes y compromiso de uso del equipo.	Equipo del TFG y referentes de la organización	2 semanas	3. Lograr que al menos el 80% de los anestesistas del CHPR califiquen a las herramientas del plan de comunicación como "Altamente útiles" o "Indispensables" para el manejo diario de las expectativas y miedos de las familias.	
					1 semana		
					1 día		
					1 día		
Distribución del manual entre el personal médico, técnico y de enfermería		- Definición de los canales físicos (ejemplares impresos, puntos de acceso en el servicio) y digitales. - Preparación de las versiones adaptadas a cada canal (impresa y digital). - Coordinación con las áreas institucionales responsables de cada canal. - Comunicación de lanzamiento para dar a conocer la disponibilidad del manual. - Registro y seguimiento de la efectiva llegada al personal.	Equipo del TFG y referentes de la organización	2 semanas			
			Equipo del TFG	3 semanas			
			Equipo del TFG y referentes de la organización	2 semanas			
			Equipo del TFG y referentes de la organización	1 semana			
			Cada 2 semanas				
			Equipo del TFG	2 semanas			
Utilización del manual como material de referencia en la comunicación con pacientes y familias	- Generar instrucciones de integración del uso del manual en la rutina de atención previa a la anestesia. - Relevamiento de los anestesistas de la percepción de pacientes, familias y personal sobre su utilidad. - Eventual ajuste o actualización del material según la retroalimentación en caso de ser necesario.	Equipo del TFG	Equipo del TFG, referentes de la organización y equipo médico del Departamento de Anestesia del CHPR	Cada 3 semanas			
		Equipo del TFG		Cada 1 mes			

Cuadro de tabla del plan. Elaboración propia 2026.

7.4 Mensajes destinados a los públicos identificados

Los mensajes se diseñan en función de los públicos que se definen previamente, se tiene en cuenta tanto su dimensión conceptual (qué se quiere comunicar) como su dimensión creativa (cómo se comunica).

Los mensajes se orientan a transmitir información clara sobre el proceso anestésico-quirúrgico, se enfatiza en la seguridad, el control y el rol del equipo profesional. Asimismo, se busca promover la comprensión del procedimiento y reforzar la importancia del acompañamiento familiar en la experiencia del paciente pediátrico.

En cuanto a la dimensión creativa, los mensajes se estructuran a partir de un lenguaje accesible para todos, se adaptan a diferentes edades y niveles de comprensión. Se incorporan recursos creativos, metáforas y elementos visuales que faciliten la incorporación del contenido por parte de los niños y sus familias.

Entre los principales mensajes se destacan:

- La anestesia es un procedimiento seguro y controlado por profesionales especializados.
- El niño estará cuidado y acompañado en todo momento.
- Conocer el proceso puede ayudar a disminuir el miedo y la incertidumbre por parte de las familias y los pacientes.
- Las familias cumplen un rol fundamental en el acompañamiento emocional del paciente.
- El equipo de salud está disponible para responder dudas y brindar apoyo.

7.5 Canales y medios

Para la implementación de la estrategia comunicacional se seleccionan canales que permiten una transmisión correcta de los mensajes hacia los públicos que se identifican, se prioriza la accesibilidad, la claridad y la eficiencia en el uso de recursos.

En cuanto a los canales, se opta por una combinación de herramientas físicas y digitales. El canal físico se materializa principalmente en la consulta preanestésica, donde se les otorga un manual informativo en formato librito a pacientes pediátricos y sus familias.

Se utiliza el canal digital como complemento para ampliar el alcance de la información mediante el mismo librito en formato digital; y se genera un guión técnico para la realización de un video que muestra el recorrido que realiza un paciente pediátrico durante el proceso de un intervención quirúrgica, de forma que los niños reconozcan el espacio de manera previa al día de la intervención, para que cuando lleguen, no les sean tan extraño el espacio.

En resumen se realiza los siguientes pasos:

- Diseño y producción de un manual ilustrado que explique el proceso anestésico-quirúrgico de forma clara y accesible.
- Implementación de una versión digital del manual para su difusión a través de canales virtuales.
- Diseño de un guión técnico para la realización de un video que muestra el recorrido de un paciente pediátrico el día de la intervención.

Este conjunto de acciones se orientan a integrar la comunicación como parte del proceso asistencial, y no como una instancia aislada.

7.6 Cronograma, presupuesto e indicadores

7.6.1 Cronograma

MESES		MES 1					MES 2					MES 3				MES 4				MES 5				MES 6	
RECOMENDACIONES	Actividades / Meses (semanas)	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9	SEMANA 10	SEMANA 11	SEMANA 12	SEMANA 13	SEMANA 14	SEMANA 15	SEMANA 16	SEMANA 17	SEMANA 18	SEMANA 19	SEMANA 20	SEMANA 21	SEMANA 22	SEMANA 23	SEMANA 24
General	Kickoff																								
Material informativo de proceso anestésico	Inf. material - investigación (Búsqueda de contenidos y redacción adaptada a distintos públicos).																								
	Inf. material - diseño (Creación del folleto físico y digital, con ilustraciones e infografías).																								
	Inf. material - validación (Revisión del material con profesionales y familias).																								
	Inf. material - impresión (Impresión del folleto y publicación digital mediante código QR).																								
Instructivo para familias con información preoperatoria	Instructivo - definiciones (Identificación de indicaciones sobre ayuno, medicación, documentos y horarios).																								
	Instructivo - diseño (Diseño del instructivo con íconos y estructura clara).																								
	Instructivo - digital/QR (Conversión a formato digital descargable mediante código QR).																								
	Instructivo - validación (Revisión del instructivo con profesionales y familias).																								
Video institucional de recorrido preoperatorio	Video - guion (Redacción del guion y planificación de escenas).																								
	Video - filmación (Grabación del recorrido preoperatorio con intervenciones del personal).																								
	Video - edición (Montaje y edición del video).																								
	Video - validación (Ajustes finales tras la revisión del equipo).																								
	Video - difusión (Publicación del video en la web institucional y redes internas).																								
Protocolo de comunicación asertiva	Protocolo - redacción (Elaboración del protocolo de comunicación asertiva).																								
	Protocolo - revisión (Ajuste y aprobación del documento).																								
	Protocolo - implementación (Difusión del protocolo y aplicación en la atención).																								
	Diseñar módulos que se van a tocar en los talleres (Elaboración de temarios y materiales de los talleres).																								
	Generar la logística para poder desarrollar los talleres (organización de fechas, convocatorias y recursos).																								
Fortalecimiento de la visibilidad institucional y relación con la comunidad	Brindar talleres de comunicación asertiva con pacientes (Ejecución de los talleres de comunicación y educación para la salud).																								
	Evaluación de la capacitación brindada (Recogida de retroalimentación para ajustar contenidos).																								
	Planificación (Definición de la agenda de publicaciones y espacios de difusión).																								
	Ejecución (Publicación periódica de contenidos y coordinación con los materiales).																								
	Evaluación (Análisis de resultados y ajustes en la estrategia).																								
Poner en acción las recomendaciones	Impresión (Producción física y publicación digital de los materiales).																								
	Entrega (Entrega a familias y seguimiento de su comprensión).																								
	Monitoreo (Recopilación de comentarios de usuarios y personal para evaluar impacto).																								
ENTREGAR TRABAJO FINAL DE GRADO																									
DEFENSA TRABAJO FINAL DE GRADO																									

[Link al cronograma](#)

El Plan Estratégico de Comunicación se organiza en un cronograma que contempla tres etapas principales: diseño, implementación y evaluación.

En la etapa de diseño se incluyen actividades como la elaboración de materiales y contenidos, el desarrollo del diseño gráfico y la validación institucional del material. La etapa de implementación comprendería la distribución del manual y su incorporación en la práctica cotidiana del equipo de anestesia del CHPR. Finalmente, la etapa de evaluación se centraría en la medición de resultados y el

análisis del impacto de la intervención.¹

7.6.2 Presupuesto

En relación al presupuesto, se contemplan los costos asociados a la producción e impresión del manual informativo. En cuanto al desarrollo del diseño gráfico, la ilustración y la diagramación del material, estas tareas fueron realizadas por el propio equipo de trabajo en el marco del TFG, por lo que no representan un costo económico adicional para la organización. No obstante, se estima que, en términos de valor de mercado, un desarrollo de estas características podría tener un costo aproximado de entre \$25.000 y \$40.000 pesos uruguayos, considerando las etapas de conceptualización, diseño editorial, ilustración y preparación de archivos para impresión.

Por otra parte, se realizó un relevamiento de presupuestos en distintas imprentas nacionales, considerando la impresión del material en formato librito.

Los presupuestos obtenidos presentan variaciones según la cantidad de ejemplares y las características de impresión. En el caso de la imprenta Cuatro Tintas, el costo estimado para 50 ejemplares es de \$85.500 IVA incluido, mientras que para 100 unidades el valor se ajusta de forma proporcional. Por su parte, Pixel presupuestó un costo unitario de \$1.069, lo que representa un total de \$53.450 para 50 ejemplares y \$106.900 para 100 unidades.

En cuanto a Copiplan, el presupuesto para 50 cuadernillos grapados estilo revista, en tamaño A4 abierto y A5 cerrado, impresos en opalina matte de 120 gramos, es de \$36.000 IVA incluido, mientras que para 100 unidades el costo asciende a \$46.500 IVA incluido. Finalmente, la imprenta Diagonal presentó un presupuesto de \$12.950 para la impresión de 50 cuadernos.

Estos valores permiten dimensionar los recursos económicos necesarios para la implementación del producto comunicacional, así como también evaluar distintas

¹ El video previsto inicialmente no pudo desarrollarse más allá de la etapa de redacción y planificación de escenas debido a limitaciones de tiempo y a la necesidad de contar con autorizaciones institucionales para su realización. Por este motivo, el producto comunicacional quedó plasmado en un guión técnico que podrá ser utilizado por la institución para su futura producción audiovisual.

alternativas de producción en función de las posibilidades presupuestales de la organización.

7.6.3 Indicadores

Para la evaluación del plan, se establecen indicadores que permitan medir el cumplimiento de los objetivos que se plantean, entre los cuales se destacan:

- Lograr que al menos el 80% de los anestesistas encuestados coincidan en las categorías "De acuerdo" o "Muy de acuerdo" en que las familias demuestran una asimilación previa clara de las pautas básicas del proceso gracias a los materiales implementados.
- Conseguir que el 50% de los anestesistas del departamento reporten una mejora perceptible en el clima emocional dentro del área prequirúrgica, manifestando que el manejo de la inducción con el paciente pediátrico se volvió más fluido y menos conflictivo en comparación con la línea de base.
- Lograr que al menos el 80% de los anestesistas del CHPR califiquen a las herramientas del plan de comunicación como "Altamente útiles" para el manejo diario de las expectativas y miedos de las familias.

8. Acciones ejecutadas

En el marco de este Trabajo Final de Grado, las acciones a ejecutar son consecuencia de una planificación estratégica, tal como lo plantea Aljure (2015) éstas deben vincularse con los objetivos de la organización y evitar intervenciones sin sustento.

En este sentido, éstas acciones a ejecutar, se definieron en conjunto con los referentes de la organización que acompañaron este trabajo. Ésta instancia de definición asegura la pertinencia institucional y la viabilidad de las propuestas, al incorporar la perspectiva de los actores directamente involucrados en el proceso, lo que permite alinear las acciones con las prácticas reales del Departamento de Anestesia del CHPR.

A partir de este proceso de validación, se establecieron dos acciones principales, con el fin de mejorar la comunicación con pacientes pediátricos y sus familias durante el proceso anestésico-quirúrgico. Éstas acciones responden a las necesidades que se detectaron en el diagnóstico previo.

8.1 Manual informativo

La primera acción consiste en la elaboración de un manual informativo, que funciona como una herramienta de acompañamiento que se dirige a las familias y pacientes pediátricos. Este producto comunicacional tiene como objetivo brindar información clara y comprensible sobre el proceso anestésico-quirúrgico, desde la etapa previa, el momento quirúrgico y el postoperatorio.

Además, incorpora recursos visuales, metáforas para el público infantil y elementos interactivos con el fin de reducir la ansiedad y facilitar la comprensión del proceso, ya que se intenta traducir de un lenguaje técnico a un lenguaje más accesible, para que la vivencia de las familias resulte lo más amena posible.

Esta acción responde directamente a uno de los principales hallazgos del diagnóstico de comunicación, que evidenció la falta de materiales institucionales

específicos para acompañar la comunicación con las familias y pacientes. En este sentido, el manual permite sistematizar la información, reducir la heterogeneidad en su transmisión y garantizar un acceso más equitativo al conocimiento sobre el proceso anestésico-quirúrgico.

Asimismo, este recurso se vincula con los aportes de Kreps (1985), autor que destaca la importancia de la comunicación en salud como herramienta para la educación de las familias y pacientes. Desde esta perspectiva, el manual no solo cumple una función informativa, sino también educativa y emocional, al permitir que las familias logren comprender, al menos un poco más, sobre el proceso, y puedan así participar de manera más activa en el cuidado y la atención del niño.

Link de acceso al manual:

 [Manual Informativo para el Departamento de Anestesia CHPR \(2\).pdf](#)

8.2 Guión técnico para un video informativo

La segunda acción consiste en la elaboración de un guión técnico para la realización de un video informativo, el cual funciona como complemento del manual informativo. Este producto comunicacional tiene como fin mostrar y anticipar de manera accesible el recorrido del paciente pediátrico dentro del hospital. En este guión técnico, el protagonista es un niño de ocho años, que llega con su mamá y que relata el paso a paso de su trayecto, además de su experiencia. Ésta elección fue una recomendación por parte de una de las referentes, la cual sugiere, en base a su experiencia, que un niño comprende y recibe con mayor impacto la información que le brinda un par, en comparación a que si lo hace un adulto.

Es decir que, la fundamentación de ésta elección refiere a que el uso de un relato guiado por un niño permite generar mayor identificación con el público objetivo, lo que puede dar lugar a fortalecer el vínculo emocional con el contenido y puede ayudar a la apropiación del mensaje por parte del destinatario.

La idea principal es anticipar la experiencia hospitalaria y que no resulte algo totalmente desconocido. A través de imágenes, lenguaje simple y recursos visuales, el guión de este video busca reducir la incertidumbre para las familias y pacientes.

Esta acción responde a la necesidad de complementar la información escrita con recursos visuales. En este sentido, este guión facilita la comprensión del recorrido hospitalario y puede contribuir a disminuir la incertidumbre asociado a lo desconocido.

8.3 Sinergia de productos comunicacionales

Ambas acciones se diseñaron de forma complementaria, ya que la combinación de productos escritos, visuales e interactivos permite abordar de manera integral las necesidades comunicacionales de los distintos públicos. De esta forma, no solo se puede mejorar el acceso a la información, sino que también se promueve una experiencia hospitalaria más comprensible y asertiva.

Esta articulación entre distintos formatos responde a la necesidad de contemplar diferentes formas de acceso a la información, niveles de comprensión y edades, lo que resulta fundamental en contextos de comunicación en salud.

9. Conclusiones

Nuestro Trabajo Final de Grado surge a partir de una debilidad que detectamos en nuestro Diagnóstico de Comunicación con el Departamento de Anestesia del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Dicha debilidad refiere a la escasa comprensión del proceso anestésico-quirúrgico pediátrico por parte de pacientes y sus familias, situación que puede generar mayores niveles de incertidumbre, ansiedad y miedo frente a este proceso. Esta problemática se podría vincular, entre otros factores, con la ausencia de materiales institucionales diseñados para explicar el proceso anestésico-quirúrgico de forma clara, accesible y adaptada a sus públicos.

Los hallazgos obtenidos permitieron constatar que la comunicación con las familias depende del criterio individual de cada anestesista, por lo que la información brindada puede variar y generar experiencias diferentes entre las familias, porque varía según el tiempo disponible, el estilo comunicacional del anestesista y el contexto de la consulta preanestésica. A esto se le suma la utilización frecuente de lenguaje técnico, lo que puede generar una brecha entre la complejidad del proceso anestésico-quirúrgico y las posibilidades reales de pacientes y sus adultos referentes de comprenderlo.

En este sentido, el testimonio de la familia permite reforzar los hallazgos obtenidos previamente en el diagnóstico. Asimismo, la madre confirma la utilidad que tendría que la información recibida con un lenguaje técnico puede ser difícil de procesar por el nerviosismo propio de la situación. También expresó que sería útil contar con materiales escritos o visuales para revisar con más calma, fuera del momento inmediato a la intervención. Estos aportes refuerzan la idea de que la comunicación en salud no puede limitarse únicamente a la transmisión de datos, sino que debe entenderse como una herramienta de acompañamiento, contención y generación de confianza.

A partir de estos resultados, el trabajo propuso fortalecer la comunicación asertiva del Departamento de Anestesia con las familias mediante herramientas claras, accesibles y adaptadas a las necesidades detectadas. En este marco, se

diseñaron dos productos comunicacionales complementarios: un manual informativo como acción central, y un guión técnico para un video informativo orientado a anticipar el recorrido hospitalario de los pacientes pediátricos y sus familias.

El manual constituye la principal acción desarrollada en este trabajo. Su propuesta busca traducir la información médica a un lenguaje más accesible, sistematizar contenidos y acompañar emocionalmente a las familias durante las distintas etapas del proceso anestésico-quirúrgico. De esta forma, procura disminuir la dependencia de las explicaciones individuales de cada profesional y ofrecer un recurso de consulta permanente para pacientes y referentes adultos. **Sin embargo, a diferencia del cronograma planteado en un inicio, el desarrollo de esta etapa se vio condicionado por limitaciones temporales propias del período de estudio; no se dispuso del tiempo necesario para implementar el manual en el campo y, en consecuencia, no fue posible realizar una evaluación que permitiera comparar los resultados post-implementación. Por este mismo motivo, tampoco se pudo generar el protocolo o lineamiento formal para la correcta utilización del manual por parte del equipo de salud, quedando ambas instancias como líneas de acción pendientes para futuras fases del proyecto.**

Por otra parte, se avanzó en el diseño conceptual y técnico de un video informativo que permitiera anticipar la experiencia hospitalaria y reducir la incertidumbre asociada a lo desconocido. Sin embargo, su producción audiovisual no pudo concretarse debido a que no se obtuvo la autorización institucional necesaria para realizar registros de imagen dentro de las instalaciones del hospital. A pesar de ello, el trabajo permitió elaborar el guión técnico correspondiente, definiendo objetivos, contenidos, secuencia narrativa, recursos visuales y estrategias comunicacionales para su futura implementación.

En este sentido, la imposibilidad de producir el video no invalida la estrategia comunicacional propuesta, sino que pone en manifiesto la importancia de contemplar las dinámicas institucionales y los procesos de autorización propias de las organizaciones de salud al momento de planificar acciones de comunicación. Además, aunque la pieza audiovisual no fue producida, el proceso de planificación realizado constituye un aporte concreto para la organización, ya que deja disponible

una propuesta desarrollada que podrá ser retomada e implementada en el futuro si las condiciones institucionales lo permiten. Esta situación evidencia, además, cómo los procesos de comunicación en organizaciones de salud se encuentran condicionados por factores administrativos, normativos y organizacionales que pueden incidir en los tiempos y posibilidades de ejecución de determinadas acciones.

Se considera que el principal aporte de nuestro Trabajo Final de Grado consiste en transformar una problemática comunicacional detectada en el diagnóstico en una propuesta estratégica concreta y fundamentada. A través del diseño de herramientas orientadas a mejorar la comprensión del proceso anestésico-quirúrgico, fortalecer la confianza y favorecer el acompañamiento de pacientes pediátricos y sus familias, el trabajo busca contribuir a una comunicación más accesible, concreta y asertiva con las necesidades identificadas en el contexto estudiado.

Finalmente, más allá de las herramientas desarrolladas, el principal aporte de este trabajo radica en visibilizar que la comunicación con pacientes pediátricos y sus familias constituye una necesidad asistencial y no únicamente comunicacional. En este sentido, promover estrategias que faciliten la comprensión, la participación y el acompañamiento durante el proceso anestésico-quirúrgico implica avanzar hacia modelos de atención cada vez más asertivos, donde la información también forme parte del cuidado.

10. Reflexiones personales

10.1 Anaclara Inocente

Comencé esta carrera sin saber exactamente qué me depararía el camino de convertirme en profesional de la comunicación. Lo que sí sabía era que nunca podría dedicarme a algo que no me permitiera imaginar, crear y, de alguna manera, seguir creyendo que es posible construir un mundo mejor a través de las acciones que emprendemos.

Durante estos cuatro años y medio conocí personas que dejaron una huella en mí. Algunas lo hicieron a través de una palabra, otras mediante un gesto, una enseñanza o simplemente compartiendo una parte de este recorrido. Pero, por sobre todas las cosas, este proceso me permitió conocerme desde otro lugar: descubrir a la profesional que aspiro a ser y reafirmar los valores que quiero llevar conmigo en mi futuro laboral.

Al llegar al cierre de esta etapa, tanto de la carrera como de este Trabajo Final de Grado, inevitablemente reflexiono sobre todo lo vivido. La oportunidad de trabajar junto al Departamento de Anestesia del Pereira Rossell fue una experiencia única y profundamente enriquecedora. Nos enfrentó al desafío de trabajar con una organización real, con necesidades concretas y con una misión que trasciende cualquier objetivo académico.

Este proyecto nos permitió comprender que comunicar no es solamente transmitir información, sino también acompañar, contener y generar confianza. En este caso, se trataba de brindar herramientas que, ojalá, ayudarán a reducir la incertidumbre de las familias que atraviesan un proceso quirúrgico pediátrico, uno de los momentos más vulnerables que una familia puede experimentar.

A lo largo de la investigación conocimos realidades muy diversas que transitan diariamente los pasillos del Pereira Rossell. Familias de Montevideo, pero también familias provenientes de pequeños pueblos del interior del país, muchas veces alejadas de los centros de salud y enfrentándose por primera vez a una

realidad completamente desconocida. Llegan a la capital con preocupaciones, miedos y preguntas, acompañando a un niño o niña que debe atravesar una intervención quirúrgica. Y aunque la magnitud del procedimiento pueda variar, la incertidumbre y la preocupación siempre están presentes, como el amor inigualable que tienen por esos niños y niñas.

Desde el primer momento comprendimos la importancia de generar materiales que realmente pudieran acompañar a estas familias. Por eso nacieron nuestras propuestas: dos herramientas pensadas para informar de manera clara, cercana y accesible, pero también para acercar a las personas a aquello que sucede dentro del block quirúrgico del cuarto piso del Pereira Rossell. Detrás de cada decisión existió una intención concreta, la de transformar la información en una herramienta de acompañamiento.

El camino no estuvo exento de desafíos. Hubo momentos de incertidumbre, cambios de rumbo y cuestionamientos sobre si estábamos tomando las decisiones correctas. Sin embargo, esas dificultades nos impulsaron a seguir mejorando. Siempre tuvimos una convicción clara, queríamos crear algo que pudiera perdurar en el tiempo y que realmente aporta valor a quienes lo necesitaran.

Más allá de los materiales producidos, nuestro deseo fue poder brindar, simbólicamente, una mano amiga a quienes atraviesan situaciones complejas. Acompañar a las familias durante la espera, ofrecer respuestas cuando abundan las dudas y ayudar a que los niños y niñas comprendan, desde su propia perspectiva, aquello que están por vivir. Porque si algo aprendimos durante este proceso es que informar también es cuidar a aquellos que más lo necesitan.

Recuerdo especialmente un momento que marcó mi experiencia en este proyecto. Mientras observaba el gran movimiento del block quirúrgico, vi salir a una bebé luego de una intervención y, casi inmediatamente, a una madre que buscaba respuestas, intentando comprender qué había sucedido dentro de aquel block y cómo se encontraba su hija. En ese instante entendí la dimensión humana de nuestro trabajo. Comprendí que detrás de cada procedimiento existen historias,

emociones, miedos y esperanzas. Fue entonces cuando supe que todo el esfuerzo realizado valía la pena.

La posibilidad de desarrollar propuestas con potencial de aplicación real es una de las mayores satisfacciones que me deja este Trabajo Final de Grado. Saber que nuestro trabajo puede convertirse en una herramienta útil para otras personas nos llena de orgullo y nos permite aportar, aunque sea de manera pequeña, nuestro granito de arena a la sociedad.

Esta experiencia también reafirmó una convicción fundamental, la comunicación es una herramienta estratégica para fortalecer las instituciones de salud. Muchas veces la información existe, pero no siempre resulta accesible para quienes la necesitan. Los tecnicismos, los documentos complejos o las barreras vinculadas al nivel educativo pueden dificultar la comprensión en momentos donde la claridad resulta indispensable. Escuchar historias de familias que dependen de sus hijos para leer documentos o interpretar indicaciones nos permitió comprender que comunicar de manera accesible no es un detalle, sino una necesidad.

Por eso siento que este trabajo trasciende el ámbito académico. Nos interpela como futuros profesionales y también como personas. Nos invitó a mirar más allá de los objetivos curriculares y a pensar en el impacto que nuestras acciones pueden tener en la vida de los demás.

Llegar a esta instancia representa mucho más que la finalización de un trabajo universitario. Este TFG simboliza el cierre de una etapa marcada por años de aprendizaje, desafíos, esfuerzo y crecimiento tanto personal como profesional. Al mirar hacia atrás, recuerdo cada materia, cada proyecto y cada experiencia que contribuyó a construir las herramientas que hoy pude poner en práctica.

Finalizar este proceso genera una mezcla de satisfacción, orgullo y sobre todo, emoción. Satisfacción por los objetivos alcanzados, orgullo por el camino recorrido y emoción por cerrar una etapa tan significativa para dar comienzo a otra llena de nuevos desafíos. Más allá del resultado obtenido, el verdadero valor de esta experiencia reside en todo lo aprendido durante el recorrido.

Si bien el trabajo en equipo fue uno de los pilares fundamentales de este proyecto, y estaré siempre agradecida por haber compartido esta experiencia con Natalia, Javier y Agustín, también reconozco que nada de esto hubiera sido posible sin el acompañamiento de las personas que estuvieron presentes durante toda mi trayectoria universitaria.

La elaboración de este trabajo implicó momentos de entusiasmo, pero también de cansancio, incertidumbre y sacrificio. En cada uno de ellos encontré el apoyo incondicional de mi familia, especialmente de mi madre. Ella fue mi sostén cuando las fuerzas a veces me faltaban, quien me impulsó a seguir adelante y quien nunca dejaron de confiar en mí, incluso cuando yo misma dudaba.

Muchas veces, mi mayor motivación fue demostrar que, a pesar de todas las dificultades que nos tocó atravesar como familia, siempre encontramos la manera de salir adelante. Esa resiliencia, esa capacidad de levantarnos una y otra vez frente a la adversidad, es parte de lo que somos y de lo que me permitió llegar hasta aquí.

Por eso siento que este logro no me pertenece únicamente a mí. Aunque mi nombre figure en este trabajo, detrás de cada página están presentes los esfuerzos, los sacrificios y el amor de mis padres. Este título también es suyo. Es el resultado de años de apoyo silencioso, de confianza incondicional y de enseñarme, con el ejemplo, que la perseverancia siempre encuentra recompensa y que muchas veces, más allá del resultado, hay que disfrutar del camino, porque tenemos la suerte de poder hacerlo.

Hoy miro este proceso con orgullo, no solo por el trabajo realizado, sino por todo lo que representa. Es la prueba de que los desafíos pueden transformarse en oportunidades de crecimiento cuando contamos con personas que nos sostienen y nos acompañan. Nuevamente, muchas gracias Natalia, Javier y Agustín por ser parte de este camino tan loco y emocionante, más que agradecida de haber podido compartir todo esto

Para terminar quiero mencionar que este logro también pertenece a mi madre y a mi padre. Gracias por ser mi motor, mi refugio y mi ejemplo. Todo lo que soy y todo lo que he conseguido tiene una parte de ustedes. Este trabajo también es suyo.

10.2 Natalia Froz

Esta carrera, la Licenciatura de Comunicación en la Facultad de Información y Comunicación, fue la decisión que tomé a los 18 años, recién terminando el liceo en el interior del país, en un pueblo a 250km de la capital, donde viví toda mi vida junto con mis padres y mi hermana. Un pueblo chico, Cerro Chato, donde la vida y la realidad es muy diferente a la montevideana.

Con 18 años y un montón de miedos llegó el primer día de Facultad, pero no solo fue eso, llegó mi primer noche sola en un apartamento y en un lugar enorme que yo no conocía en absoluto. Vaya si nos costará a los estudiantes del interior enfrentar esta etapa de la vida. Pero solo quiero decir una cosa: vale la pena. Hoy llegando al final agradezco no haberme rendido en ningún momento, no haber dejado todo cuando se hacía cuesta arriba para irme a casa con mi familia y su contención. Pero mi padre siempre dice “la vida es de los audaces”, y acá estoy, llegando al final.

Este Trabajo Final de Grado me transformó personal y profesionalmente. Desde el lado personal, tocar este tema me hizo reflexionar en reiteradas ocasiones: salud, niños, médicos, familias que acompañan, o no, desamparo, espacios que se habitan, o no, o simplemente espacios que se transitan porque no existe otra opción válida aparente. Caras, sentimientos, energía, cuerpos, cargando con la situación que cada uno está viviendo y haciéndolo a su propia manera.

Todas las veces que visitamos el hospital me pregunté: ¿cómo será la situación de ella? ¿dónde estará quedándose? ¿Será de Montevideo o del interior? ¿Estará hace muchos días aquí? ¿habrá comido hoy? ¿Tendrá la opción de hacerlo? Y un sinfín de preguntas del estilo.

Sabemos que los hospitales no son un lugar en el que alguien elegiría estar por gusto; simplemente no hay más opción y en su mayoría devienen de alguna situación que no es positiva.

Desde el lado profesional, fue una práctica sumamente enriquecedora. Justamente por lo mencionado desde el lado personal, es un tema que no es fácil de abordar, no se trata de un mero negocio, entran en juego las niñeces, la salud y las familias. La comunicación juega un rol mucho más importante del que hoy se le pueda dar. Es la base para el trabajo que se hace y para darlo a conocer a los públicos tan desafiantes que la interfieren.

Públicos desafiantes porque está dirigido a un sector de la población que, lamentablemente, muchas veces no tuvo la posibilidad de formarse desde un lado académico. Algunas familias no terminaron la primaria, no saben leer, o las que lo hacen, no comprenden un lenguaje tan técnico y profesional como el que se usa en los formularios de consentimiento.

El desafío desde el primer día fue claro para nosotros: dar algo que sea accesible para todos. Ese algo se fue transformando y deriva en este manual que hoy presentamos. Un manual que tiene mucho pienso detrás y parte de ese desafío de accesibilidad, de bajar la información a un nivel lo más básico posible, ya que, según nos contaron, suele pasar que los propios niños le lean el consentimiento a sus papás o tutores.

En mi opinión, un consentimiento que en lugar de esclarecer la situación, la oscurece. En lugar de permitir comprender de mejor manera algo que un niño y su familia va a vivir, que en general poca idea se tiene de lo que se trata, lo que hace es traer un lenguaje técnico que dificulta aún más la comprensión de lo que se aproxima.

También fue muy gratificante poder charlar con una familia que vive en el mismo pueblo que yo: Cerro Chato, poder conocer de primera mano su experiencia sobre lo que nosotros estamos estudiando y analizando. Además de que sumó significativamente para el trabajo académico como familia testimonio, me permitió charlar y darle a conocer a alguien sobre el trabajo que estábamos haciendo. Fue como un “bajar a tierra” con cara y cuerpo a nuestro público objetivo para este proyecto. Poder ver en sus gestos la aprobación de que nuestro producto comunicacional, con tanto pienso detrás, va a poder aportar y cambiar de forma

positiva, al menos una parte, la comprensión y contención sobre el proceso anestésico-quirúrgico para alguna familia.

Acá, de todo corazón, espero como grupo de verdad dejar algo valioso y útil, algo que no quede en una caja guardado, algo que llegue a todos los centros de salud del país que atienden a niños o a personas que necesiten tener la información más clara y cercana.

Gracias: papá, mamá y hermana Anto. Esto de ser la primera estudiante universitaria, y Licenciada, de la familia, hubiera sido verdaderamente imposible sin su apoyo y sacrificio. Este logro es compartido. Gracias amigos, por sostener y compartir el camino. Y gracias, Martín: por creer en mí aún cuando ni yo lo hacía, por acompañarme incansablemente. La vida a tu lado es un lujo.

Finalmente, no quiero dejar de mencionar en este espacio personal que fue un verdadero gusto compartir este trabajo con ustedes: Anaclara, Javier y Agustín. Les deseo lo mejor en todo lo que se viene.

10.3 Javier González

Es irónico cómo uno comienza este largo camino pensando en cuánto desea terminarlo, y ahora, con el final a la vista, pienso que no sé por dónde empezar a explicar o describir todo lo que me pasó y viví durante este trayecto. Y, sabiendo cuánto disfruté cada momento, tampoco estoy seguro de querer terminarlo.

Supongo que, empezando por el principio, no puedo pasar por alto el momento de mi vida en el que debí afrontar este desafío. Con 21 años, luego de haber cambiado de carrera tras tres años de Ingeniería y posteriormente tres años de Comunicación, tuve que realizar uno de los cambios más drásticos de mi vida académica, acompañado además de importantes transformaciones en mi vida personal. Fue necesario salir de mi zona de confort y enfrentarme a algo completamente nuevo que, con más dudas que certezas, creía que era mi verdadera vocación profesional (y cuánto acerté).

Así fue como, a mis 24 años, comencé este camino en el Seminario del Trabajo Final de Grado, con entusiasmo y con la expectativa de descubrir qué me depararía esta experiencia. Pero, más allá de lo que pudiera encontrar en ella, tenía una certeza: quería hacer algo que no pasara desapercibido, sino que aportara un valor real a la organización que me tocara acompañar.

Sin embargo, a medida que avanzaba el seminario, fuí descubriendo que el verdadero desafío a lo mejor no estaba únicamente en aportar valor a una organización, sino también en comprender qué era aquello que realmente le daba valor a nuestro trabajo como comunicadores.

Durante gran parte del año noté que fuí arrastrando una serie de interrogantes que me acompañaron en cada lectura, intercambio y visita al hospital, entre todas ellas hubo una que regresaba constantemente a mi cabeza: el porqué. Siempre fui una persona que se preguntaba todo el tiempo el porqué de las cosas, incluso de aquellas que parecían evidentes o poco cuestionables. Y en esta experiencia hubo dos cuestiones que despertaron especialmente mi curiosidad: el

porqué de la importancia de los relatos y el porqué de la importancia de la información.

Si lo vemos a primera vista, ambas preguntas parecen tener respuestas obvias, la información es importante porque informa; los relatos son importantes porque permiten contar experiencias. Sin embargo, aceptar esas respuestas me resultaba insuficiente para un trabajo que constantemente me invitaba a cuestionar lo evidente y a reinterpretar lo que normalmente solemos dar por obvio.

Me pregunté qué hacía que una historia tuviera la capacidad de conmover, movilizar o transformar a las personas. Me pregunté por qué algunos relatos permanecen con nosotros mucho tiempo después de haberlos escuchado y cómo era posible que una misma historia pudiera adquirir distintos sentidos según quién la contara o escuchara. Del mismo modo, comencé a preguntarme por la información: por qué es tan valiosa, qué la vuelve significativa y de qué manera puede influir en la forma en que comprendemos la realidad que nos rodea.

Increíblemente para mi sorpresa, las respuestas fueron apareciendo lentamente, casi sin que me diera cuenta, a medida que avanzaban las visitas al hospital y que comenzaba a relacionarme con quienes forman parte de la organización. Cada conversación, cada experiencia compartida e historia fue aportando como si fuera una pieza a un rompecabezas que poco a poco comenzó a cobrar sentido.

Entonces desarrollé la siguiente opinión sobre la importancia de los relatos: No son simplemente narraciones de hechos o acontecimientos, sino formas mediante las cuales las personas construyen significado sobre sus experiencias, expresan quiénes son y encuentran un lugar desde el cual ser escuchadas. Escuchar entonces no implica únicamente oír lo que alguien dice, sino prestar atención a aquello que existe detrás de las palabras: emociones, vivencias, temores, esperanzas y sentidos que muchas veces permanecen invisibles a simple vista.

De esta forma fui entendiendo lo que a mi parecer es la verdadera importancia de los relatos, y también comencé a reflexionar sobre un desafío que considero cada vez más relevante para nuestra profesión: la empatía.

Vivimos en una época atravesada por transformaciones tecnológicas constantes, casi que de manera exponencial me atrevería a decir. La inteligencia artificial, la automatización y las nuevas formas de producción y circulación de información han modificado profundamente la forma en que nos relacionamos no sólo con el conocimiento, sino también con el trabajo y con los demás.

Sin embargo, acá viene lo que para mí es lo más importante para nosotros los comunicadores, cuanto más avanzamos tecnológicamente, parece que hay algo que se vuelve cada vez más difícil: conectar genuinamente con las experiencias y emociones de otras personas.

La información puede transmitirse, almacenarse y reproducirse. Los datos pueden organizarse, clasificarse y analizarse. Pero comprender verdaderamente lo que siente una persona, interpretar aquello que no está siendo dicho explícitamente y reconocer las emociones que atraviesan una historia sigue siendo una capacidad profundamente humana. Ahí es donde entra la importancia de entender cuales son los relatos, “lo que traen” las familias y pacientes a la sala de espera o al block a la hora de una operación, porque en definitiva es lo que los hace sentirse como se sienten, reaccionar como reaccionan, y transitarlo como lo transitan.

Visitando el hospital fue donde esta reflexión empezó a tomar sentido y más fuerza para mí. En un espacio atravesado por historias de vida tan diversas, detrás de cada conversación existía mucho más que información. Había miedos, incertidumbres, esperanzas, esfuerzos, aprendizajes y experiencias imposibles de reducir a simples datos o indicadores.

Entonces yo entiendo que la empatía no consiste únicamente en ponerse en el lugar del otro, sino en reconocer que cada persona observa el mundo desde una historia diferente a la propia. Una historia construida a partir de su familia, sus vínculos, su infancia, sus experiencias y las múltiples circunstancias que moldearon

su manera de comprender la realidad. Y nuestra responsabilidad como profesionales de la comunicación es lograr encontrar un producto comunicacional que logre alcanzar a cada una de esas personas, asentar algo en ellos. Información sí, pero con una dirección trabajada y planificada.

Creo que naturalmente en muchas ocasiones tendemos a interpretar las acciones de los demás desde nuestros propios marcos de referencia, olvidando que cada individuo es el resultado de un recorrido único e irrepetible. Entiendo y creo que atrás de cada conducta existe una historia, y que atrás de cada historia existen experiencias que tienen que ser comprendidas.

Por eso siempre discuto y argumento que para mí la comunicación sigue siendo una disciplina profundamente humana y en ciertos puntos muy difícil de reemplazar. Porque más allá de las herramientas, las plataformas o las tecnologías disponibles, su esencia continúa estando en la capacidad de generar puentes entre personas, que a día de hoy (y en mi opinión por suerte) solo pueden ser entendidas en profundidad por otras personas.

Esta experiencia también me permitió repensar cómo veo el rol profesional del comunicador. Antes de empezar el seminario, tendía a asociar nuestra tarea principalmente con la producción de mensajes o la gestión de información. Hoy entiendo que nuestra responsabilidad es mucho más amplia. Trabajamos con sentidos, con identidades, con representaciones y con relatos que tienen la capacidad de influir en la forma en que las personas comprenden su entorno y se relacionan con él.

Por eso considero que haber tenido la oportunidad de trabajar con el Departamento de Anestesia del CHPR implica mucho más que una oportunidad laboral o académica. Es más un privilegio y una responsabilidad, porque cada relato que elegimos visibilizar, cada voz que decidimos escuchar y cada historia que ayudamos a construir tiene consecuencias sobre la manera en que un grupo se piensa y se reconoce a sí mismo, el día de mañana si el manual que creamos se pone en uso, lo van a leer padres en una sala de espera, probablemente con

miedos, inseguridades, incertidumbre, así como también niños, tal vez más asustados o preocupados que sus familiares.

Entonces, la información también es importante porque nos permite comprender el mundo, pero es la capacidad del comunicador de entender los relatos y conmutar estas dos variables lo que le da un verdadero valor y posiblemente, o esto es lo que creo, un impacto más positivo.

Y para cerrar esta reflexión, no quiero dejar de incluir una cita extraída de una materia optativa cursada en esta carrera, Educación para los Medios, que me acompañó desde que la leí por primera vez, en la construcción de lo que para mí es ser comunicador:

“(...) nosotros, los comunicadores (de distintas facultades), somos capaces de escuchar ese murmullo. Y somos capaces de hacerlo porque ponemos el oído. Vaya entonces una primera reflexión: el murmullo se puede escuchar. Ese murmullo para nosotros constituye una práctica que vivifica, es decir, una práctica que da fuerza a los individuos. Es esa fuerza que se cobra cuando uno puede decir quién es.” (Construyendo Comunidades, 2009, p.22)

Finalmente, me gustaría hacer una mención y agradecimiento especial a mis compañeros Anaclara, Natalia y Agustín, este camino lo disfruté tanto porque lo caminé con ellos. A mi familia, mis abuelos, Jose Luís, Irma, Gerardo y Carlota, que los llevo siempre a donde voy. A todos mis amigos, todos ellos, a Gastón, mi hermano Sebastián, mi prima Natalia que me alentó durante todo el proceso, mi primo Álvaro que me abrió las puertas al mundo laboral de la comunicación, a mi padre Gonzalo, que me enseñó a esforzarme y trabajar cuando yo estaba perdido, y a mi madre Mónica, que siguió creyendo, luchando y apostando por mí incansablemente hasta cuando yo ya lo había dejado de hacer, a ella y a todos les dedico no solo este trabajo, sino el esfuerzo de estos cuatro años, probablemente los que más disfruté en mi vida.

Referencias Bibliográficas:

- Área de Comunicación Comunitaria (Comp.). (2009). *Construyendo comunidades: Reflexiones actuales sobre comunicación comunitaria*. La Cruzía. Recuperado el 15 de junio de 2026.

10.4 Juan Agustín Pomi

Comunicar para cuidar, para democratizar el acceso a la información y para hacer bien, de eso trata este trabajo. Comunicar no solo es qué se dice, sino cómo se dice y pensando en quién es el receptor.

Decir que Comunicación es una carrera hermosa, es algo verdadero, pero suena trillado, ya que supongo que cualquier estudiante de cualquier carrera, le agarra aprecio a lo que estudió por varios años. Lo que realmente hace especial a la Licenciatura en Comunicación, es el valor de los profesionales que nos han enseñado en cada asignatura, cada quien con su diferente lente para ver las cosas. Lo más valorable y valiente de estos profesionales con los que nos ha tocado compartir durante estos cuatro años, es que cuando ellos se iniciaron y se formaron, Comunicación no era lo que es hoy. Son ellos los que han luchado y luchan por valorizar una profesión que a menudo se descalifica y menosprecia.

A nosotros, las nuevas generaciones, nos toca tomar la posta y seguir construyendo. Nuestro desafío no es sólo desempeñar nuestras tareas correspondiente en cada caso, sino también seguir valorizando la comunicación y evidenciar por qué el rol del comunicador es fundamental para el desarrollo de cualquier organización.

Introducirse en el campo laboral, te permite rápidamente evidenciar que muchísimos conflictos laborales -por no ser categórico y afirmar que la mayoría- radican en problemas de comunicación. Para quienes estudiamos esta carrera, y especialmente esta orientación, esa realidad representa una enorme oportunidad. Tenemos en nuestras manos la capacidad de identificar y de ofrecer soluciones a muchos problemas que cualquier organización enfrenta, y en un contexto donde la comunicación atraviesa transversalmente cada proceso, nuestro rol pasa a ser una pieza relevante. Hay que reconocer ese valor.

A modo personal y para concluir , las cálidas felicitaciones para mis compañeros y amigos: Javier, Anaclara y Natalia, quienes incesantemente

anhelaban con este día. Para finalizar, la mención especial para mi familia: Adriana, Andrés, Matilde, Julieta y Ángeles. Gracias por acompañarme.

11. Referencias bibliográficas

- Aljure, A. (2015). *El plan estratégico de comunicación: Método y recomendaciones prácticas para su elaboración*. Editorial UOC. Recuperado el 1 de junio de 2026.
- American Society of Anesthesiologists. (2023). *2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration*. *Anesthesiology*, 138(2), 132–151. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004381>
- CASMU. (2024). *Duerme mi niño: Material didáctico para niños sobre anestesia*. <https://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2024/08/LIBRO-ANESTESIA-NI%C3%91OS-RGB-Para-Digital.pdf>
- Duong, T. A., Gleason, L. T., Kichler, K., Kaplan, E. R., et al. (2022). *Improving surgical patient education materials using informational design with visual elements*. *The American Journal of Surgery*, 224(1). <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.08.009>
- Etkin, J., & Schvarstein, L. S. (2000). *Identidad de las organizaciones: Invariancia y cambio*. Buenos Aires, Argentina (5.ª ed.) [PDF]. Editorial Paidós SAICF. (Obra original publicada en 1988). Recuperado el 17 de noviembre de 2025.
- Faye, F., Crocione, C., Anido de Peña, R., et al. (2024). *Time to diagnosis and determinants of diagnostic delays of people living with a rare disease: results of a Rare Barometer retrospective patient survey*. *European Journal of Human Genetics*, 32(9), 1116–1126. <https://doi.org/10.1038/s41431-024-01604-z>

- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F., México (6.ª ed.) [PDF]. Interamericana Editores. Recuperado el 17 de noviembre de 2025.
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (2026). *Anestesiología: El procedimiento de anestesia y el rol de Child Life*. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/>
- Kreps, G. L. (1985). *The development and presentation of an interprofessional survey course in Health Communication* (CS 504 953). Rhode Island, Estados Unidos. National Institute of Education Resources Information Center ERIC. Recuperado el 17 de noviembre de 2025.
- Magaña Loarte, V. D. (2024, 20 de febrero). *Diferencias entre comunicación efectiva y asertiva*. Grupo XXI-Psicología Aplicada. Recuperado de <https://www.grupoxxi-psicologia.net/diferencia-comunicacion-asertiva-efectiva/> el 17 de noviembre de 2025.
- McAllister, J. W., Presler, E., & Cooley, W. C. (2007). *Practice-Based Care Coordination: A Medical Home Essential*. *Pediatrics*, 120(3), e723–e733.
- Pereyra, M., Pezzano, R., & Romero, I. (s.f.). *Sinergia en la comunicación entre el personal de enfermería y medicina de la emergencia del Hospital de Clínicas: Una búsqueda hacia la digitalización*. Trabajo final de grado, Facultad de Información y Comunicación, Universidad de la República, Uruguay [PDF]. Recuperado el 24 de marzo de 2026.
- Restrepo, M. (1995). *Comunicación para la dinámica organizacional*. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana, Facultad de Comunicación y Lenguaje. Recuperado el 17 de noviembre de 2025.
- Yu, Q., Han, Q., Yan, R., & Ding, X. (2025). *Pediatric Anesthesia, Psychology, and Interventions: A Narrative Review*. *Drug Design, Development and*

Therapy, 19, 9779–9787. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S481654>

12. Apéndices y anexos

Tabla de anexos

12.1 Accesos a materiales realizados	65
12.2 Puesta a punto a Natalia Solari	66
12.3 Lista de Fondos consultados	66
12.4 Anexo fotográfico	67
12.4.1 Sala de recuperación ambulatoria	67
12.4.2 Imágenes de dentro del block quirúrgico	67
12.4.3 Imágenes de pasillos e instalaciones del Hospital Pereira Rossell	68
12.4.4 Imágenes de la sala pre anestésica	70
12.4.5 Imágenes de la sala de espera de las familias	71
12.5 Entrevista a la directora del Departamento de Anestesia:	72
12.6 Entrevista a Sebastián	85
12.7 Entrevista a familia testimonio	95

12.1 Accesos a materiales realizados

[Link al diagnóstico del Departamento de Anestesia del Hospital Pereira Rossell](#)

[Link al Manual sobre el Proceso Anestésico Pediátrico](#)

Qr de acceso al manual versión:



12.2 Puesta a punto a Natalia Solari

El día 15 de octubre de 2025 el grupo se reúne vía meet con Natalia Solari, la referente del Departamento de Anestesia para el trabajo. Para esa reunión se elabora una presentación con el objetivo de alinear las ideas y percepciones, conocer su punto de vista sobre el trabajo realizado hasta ese momento, específicamente sobre el contexto e introducción, los públicos y la implicancia de éstos, el árbol de problemas, el análisis FODA y las conclusiones hasta ese momento. En este encuentro se realizan los ajustes que Natalia Solari considera pertinentes y, una vez recibida su aprobación, se continúa con el diagnóstico.

12.3 Lista de Fondos consultados

Pérez, F. (2024, 23 de junio). *Director del Hospital Pereira Rossell: “El presupuesto es histórico e insuficiente”*. La Diaria. Recuperado de: ladiaria.com.uy

Fossali, R y Rocca, C. *La comunicación como herramienta para optimizar el relacionamiento interno de una organización de salud : entre los sectores médico-quirúrgico de la emergencia del Hospital de Clínicas Uruguay* [en línea]. Trabajo final de grado. Montevideo : Udelar. FIC, 2023

Pereyra, M, Pezzano, R y Romero, I. *Sinergia en la comunicación entre el personal de enfermería y medicina de la emergencia del Hospital de Clínicas : una búsqueda hacia la digitalización* [en línea]. Trabajo final de grado. Montevideo : Udelar. FIC, 2023

Lissio, C y Sequeira, M. *La influencia de la comunicación interna en la conformación de la identidad organizacional de un centro de salud : caso Comerí* [en línea]. Trabajo final de grado. Montevideo : Udelar. FIC, 2022

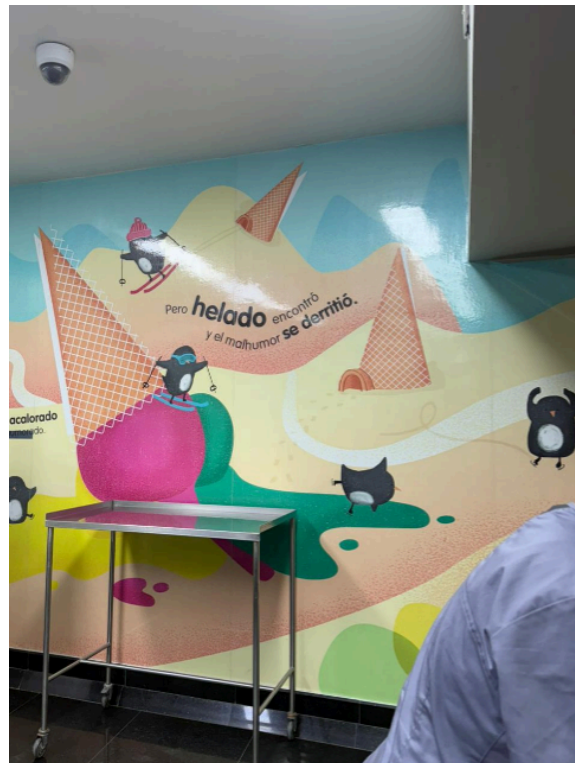
Sellanes Martínez, E. *Fundación Canguro : construcción de una imagen organizacional* [en línea] Tesis de grado. Montevideo : Udelar. FIC, 2020

12.4 Anexo fotográfico

12.4.1 - Sala de recuperación ambulatoria



12.4.2 Imágenes de dentro del block quirúrgico



12.4.3 Imágenes de pasillos e instalaciones del Hospital Pereira Rossell



12.4.4 Imágenes de la sala pre anestésica



12.4.5 Imágenes de la sala de espera de las familias



12.5 Entrevista a la directora del Departamento de Anestesia:

Entrevistador 5: No sé cuánto sabes de esto

Catalina: Bueno, como contó Entrevistador 4, estuve viendo unas cosas ahí... leyendo ,

Entrevistador 5: porque nada, a los efectos de eso de marcar un poquito, ¿no? Ellos son el equipo de trabajo, estudiantes, que el año pasado iniciaron la práctica preprofesional con nosotros, yo soy la tutora en este caso, en el Seminario de Comunicación Organizacional. Entonces estuvieron todo el año haciendo un trabajo excelente que fue el diagnóstico, del cual luego te pueden compartir, el material, y sobre ese diagnóstico es que ahora están trabajando lo que son las acciones de comunicación acordadas con la organización, que nos conversaron con Entrevistador 4.

Catalina: Bien, perfecto.

Entrevistador 5: ¿Qué es lo que nos importa ahora?, que tú tengas la misma información y que veas en qué van a seguir, porque es importante además la referencia en la organización.

Entrevistador 2: Y también conocer un poco de tu punto de vista sobre algunos temas puntuales. Yo me presento, soy Entrevistador 2.

Entrevistador 4: Yo soy Entrevistador 4

Entrevistador 3: Entrevistador 3

Entrevistador 1: Entrevistador 1

Catalina: Y yo soy Catalina

Entrevistador 2: En realidad, para hacer un breve resumen de lo que hemos hecho hasta ahora, hemos hecho un diagnóstico más o menos de lo que fue estar nosotros un poco metidos acá, molestando un poquito en el block. Conocer un poco lo que es también la interna del equipo de anestesistas nos fueron contando un poco de la alta rotatividad que había, tanto mismo del personal como gente que venía y se aprendía y se iba.

El tema de eso, de que es mucho trabajo para poca gente y que también el tema de que sea justo pediátrico, es como que la presión que hay también es muy fuerte. Pero que nosotros lo notamos como equipo, que hay como una vocación enorme de todo lo que hemos hablado en este tiempo, desde los enfermeros hasta los anestesistas que son presupuestados como los no presupuestados. Y para resumir un trabajo muy largo de un año, llegamos a la conclusión de que queríamos trabajar con el tema de la comunicación externa, la comunicación hacia las familias, porque sobre todo Nati nos contó el tema de el poder explicarle al niño qué le va a pasar.

Que se le vaya todo ese miedo, toda esa angustia, todo eso. Y no solo al niño, sino a la familia que lo acompaña. Y es por eso que llevamos algunos materiales, algunas ideas que te queríamos contar para que estemos todos en el mismo plano, por decirlo de algún modo.

Entrevistador 1: El fin de estos materiales es justamente que la comunicación con los niños y las familias no dependa exclusivamente del anestesista que está en el momento, y de cómo lo comunica, que obviamente puede variar entre confluencias, así como algún compañero comunica tuyo. Sino que de alguna forma sea una comunicación que sea para todos por igual y con un vocabulario, digamos, asertivo, y que sea recibido de buena forma. Nos contaron diferentes compañeros tuyos, de diferentes situaciones y anécdotas de que dependía de cómo se les comunicaba a las familias, la reacción de ellos y cómo después ellos entraban al proceso de quirúrgica.

Entonces, esa es la idea con estos materiales que te vamos a contar. Una comunicación asertiva para todos por igual.

Entrevistador 3: Sí, que si me dejas agregar algo, también nosotros nos queremos enfocar en la parte previa al llegar a....

Muchas veces nos comentaban que los anestesistas tienen poco tiempo para hablar con ellos, o que les gustaría... Y eso es un tema muy complejo. Entonces, parte de estos materiales es que haya alguna preparación previa de la casa que sea fácil de entender y que los niños sientan tranquilidad para que cuando lleguen al momento, con el anestesista también se vea lo más fácil.

Entrevistador 2: Y claramente, más allá del trabajo fácil para el anestesista y todo, al fin del día, nuestro objetivo es que los niños pasen un momento muy feo lo más pasable posible.

Una primera idea que nos surgió fue generar un manual. Nosotros decimos manual, pero es como un librito con vocabulario fácil, tanto para las familias como para los niños. Hicimos hasta un momento una parte didáctica de eso para letras, pintar a los anestesistas... emm... Los anestesistas...

Entrevistador 5: Tirarle flechas jajajaj

Entrevistador 2: Jajajaja....Un cuento de los anestesistas como los guardianes del sueño seguro, y todo eso.

Y también para tener varias partes para los padres, de saber cómo explicarle a un niño entre 6 y 8, cómo explicarle a un bebé, claramente no se le puede explicar, pero cómo se puede preparar. Y después para los adolescentes, porque nos contaban que los miedos son diferentes.

Catalina: Totalmente

Entrevistador 2: Un miedo para un adolescente es el cuerpo, que me van a ver, y para un niño no es cierto.

Y tener ese material para que las familias también puedan acompañar desde el lado del amor y que puedan entrar con tranquilidad y decir, bueno, esta anestesia es algo

complejo, sí, pero no es nada inseguro. Y en realidad es como un material para informar a las familias y, como decían mis compañeros, que a todos les llegue la misma información, porque sabemos que los tiempos no siempre acompañan.

Catalina: No, tal cual

Entrevistador 2: Y sabemos que muchas familias vienen del interior y capaz que vienen directo a la operación con una evaluación previa en su centro de salud y no es lo mismo.

Y, no sé, en el manual también pensamos qué traer a la hospital, qué no traer al hospital. Señales de, sabíamos, no sé, si tiene tos, si tiene fiebre, capaz avisar antes de venir y ya la largarlo a la operación. O señales de preocupación de después de operar. También fiebre, las incisiones, cómo se tienen que ver, las cosas para así también el cuidado post y pre. Los ayudo a ustedes para que no sea algo de que lleguen y capaz que se encuentran con cualquier cosa.

Y ta, y sobre todo el poder explicarle a los niños lo que van a vivir, que siempre esa miedo, incertidumbre que saben que no saben. Y que sabemos que cuando dicen doctores cirugía y todo piensan en todo lo terrible cuando es algo super.

Entrevistador 3: Bueno, también de la mano con es, una de las cosas que notamos en el diagnóstico es que es muy importante lo que transmite el anestesista, pero también, sobre todo, es muy importante lo que transmite la familia. Porque al fin y al cabo son los que están la mayor parte del tiempo con el paciente y, bueno, las cosas que dicen o dejan de decir son las que nos influyen un poco. Entonces, sacar ideas, informar.

Catalina: Si el padre pasó mal, en una cirugía, el niño seguramente va a pasar mal.

Entrevistador 2: Sí, nos hacían el cuento de que a un niño lo pincharon y el niño no se entero pero los padres empezaron “¿Te duele? ¿Dónde te duele?”. Y el niño ya lloraba a los gritos.

Catalina: Acá... todos nosotros, nuestros aliados son los padres. El padre es para bien y para mal. El que colabora, colabora para bien, full.

El que no es terrible y el contraproducente. Y después, todo eso que ustedes dicen, la explicación, el saber, el saber a dónde venís, lo que te van a hacer, eso mejora radicalmente lo que nosotros hacemos. Y es más allá del medicamento o lo que sea. Que vos sepas y tengas la información, así que es mucho mejor. Menos ansioso, más calmado. Y es como todo en la vida, si yo ahora yo te largo en África, en el medio de la nada, capaz que obviamente vas a estar ansioso, nervioso. Pero si yo te digo, mirá, vas a ir a tal lado, no hay peligro, no hay animales, lo que sea, bueno, capaz que vos vas a estar mucho menos a la efectiva.

Entrevistador 5: Exacto.

Entrevistador 2: Claro. Eso es lo que queríamos sacar, esa incertidumbre que genera miedo, porque el no saber siempre da miedo.

Y también de la mano queríamos otra idea, que si nos surgió fue hacer un video, porque también de nuestra propia experiencia, cuando entramos al Pereiranos perdimos.

Catalina: No, total.

Entrevistador 2: Dijimos, ¿por dónde entramos? Si entras por Bulevar es una cosa, si entras por acá es otra.

Hay 7.000 ascensores, no sabes para dónde arrancar, o cómo llegar desde Tres Cruces, que mucha gente puede llegar desde Tres Cruces, y hacer un video que capaz que pueda explicar a ustedes más que yo.

Entrevistador 3: La idea del video recorrido es justamente un poco partiendo de esa premisa, que naturalmente uno tiene miedo y la idea es achicarla lo máximo posible para aumentar la tranquilidad, la confianza. Bueno, de la mano con eso, un video recorrido, vamos a ver por dónde vas a pasar, en qué orden, por qué te vas a encontrar, para que vos en tu momento sientas que en el momento del día de la operación nada va a estar saliendo fuera de lo planeado.

Entrevistador 1: Es un video que muestra el lugar, el día recorrido, qué pasa allí, cuándo ingresa, para que en el momento que llegue, es un conocido, y no sea...

Entrevistador 2: Alguna cara conocida de una cosa. También Nati nos contó que sería genial que el video también lo lleve, como el guía, sea un niño, porque entre ellos, ella nos contaba que a veces los cruza para que uno sale y diga, no, está todo bien, no pasa nada, y qué confianza, más confianza de un niño a un niño no hay. Y también, como que nuestro personaje principal es que fuese un niño, que explicara y que también dé calma.

También Nati, que hoy tiene una familia que conoce, que pasó por varios procedimientos acá, y capaz contar con su testimonio, para que no solo sea la tranquilidad del niño, sino la tranquilidad de la familia, que vean caras conocidas, que te vean a vos, Catalina, y decían, ay, yo ya la vi el video, y esas cosas que también llevan a que el niño...

Catalina: Todo, todo lo que nosotros hagamos, que grabe, que baje, funciona.

Entrevistador 4: Para este video, entendemos que necesitamos permiso, como información, y eso,

Catalina: Un montón

Entrevistador 4: ¿Cómo lo gestionamos?

Catalina: Eso tendríamos que armar, tendríamos que armar como el proyecto, si quieren ustedes armen algo escrito, y con quién quieren participar.

Tenemos como dos escalones, si queremos que participen los funcionarios, obviamente es con funcionarios, si queremos que participen los padres, y den, por ejemplo, un testimonio, eso tenemos que hablarlo con los padres, y pedirle un permiso firmado, como consentimiento informado.

Entrevistador 2: Sí, el derecho a imagen.

Catalina: El derecho a imagen.

Y si queremos que participen los niños, también, hay que pedirle a los niños, el derecho a imagen a los padres. Pero eso, según si ustedes, por ejemplo, tienen una familia conocida, es pedirle una autorización, no tiene por qué ser un nene internado de acá.

Entrevistador 2: Sí, no, habíamos pensado traer, yo tengo un primo chico, y bueno, traerlo a él.

Catalina: Eso, si precisamos. Y de hecho, por ejemplo.....inentendible.

Entrevistador 2: Eso, sería el actor de mi primo.

Catalina: Pero hay un montón de cosas, ponele acá, no se pueden firmar las salas de internación, no se pueden firmar los niños que no estén.

Entrevistador 2: Por eso, por eso queríamos preguntar.

Catalina: Acá en el blog, ponele, pedimos permiso.

Por eso les digo, tendríamos que hacer el proyecto, y yo mandarlo a la dirección, pedían al computador.

Entrevistador 4: ¿Cuánto podría demorar en salir el permiso?

Catalina: Y bueno, no sé, eso. Pero capaz que poco tiempo. Ustedes mándenmelo, y yo lo voy gestionando.

Anclara: Nosotros intentamos esta semana mandartelo así, ta.

Entrevistador 5: Tendría que sea el guión técnico, sobre todo, para mostrar por dónde van a pasar.

Catalina: Eso, mostrar por dónde van a pasar, que no se pase, ya les digo, por salas de internación, que no se muestren otros niños, que no sea como el actor. Capaz que podrán pedir permiso para firmar, para poner un domingo, que no sea con tanta gente.

Entrevistador 2: Sí, generalmente debería como subir, mostrar el área de inscripción, admisión, ahí va.

Catalina: Justo igual están remodelando, entonces el área de admisión que está no es la que está siempre.

Entrevistador 2: Pero también íbamos a hablar con un nurse que nos pasó
Entrevistador 4, con José, con toda esa parte que es más, que ella nos contaba que él sabe. Y nada, mostrar el recorrido, subir en el ascensor, venir acá.

Entrevistador 4: En la salita de preparatoria sí se podría grabar....

Catalina: Sí, se puede. Acá podemos grabar todo, lo que tenemos que hacer es hablar con la jefa de enfermería, conmigo, y capaz que con el jefe de cirugía como para notificarlo, y de ahí ese mismo guión, como protocolo, lo mandamos a la dirección pediátrica, como para que ellos estén enterados.

Entrevistador 2: En realidad, no queremos, claramente no queremos grabar a los niños. Menos en una situación tan vulnerable como la que está.

Catalina: Lo que podemos hacer es venir, ya te digo, un fin de semana, que el hospital ya mande a verlo, que no hay, lo que sí o sí no podemos hacer...y sí, domingo ponerme, domingo yo creo que sí. Lo que no podemos hacer es filmar niños. No, no, pero aunque estén de atrás con él, capaz que vos vas como con tu objetivo.

Entrevistador 5: Tiene que estar vacío el espacio, digamos.

Catalina: No sé si va vacío, pero ponele que no se vea ni pasando, ni nada, porque eso es como acá lo que es más.

Entrevistador 2: Sí, obvio. No, queríamos ver eso.

Catalina: Pero acá en el block, sí, se puede mostrar y todo, podemos decir, no sé, cómo entra, todo eso que ustedes están diciendo.

Entrevistador 2: Sí, también veíamos el tema de los autitos y eso es súper llamativo para los niños. Sí, sí,

Entrevistador 5: ¿Y los aparatos del block?

Catalina: Si si, acá podemos mostrar todo, lo que hacemos es pedir permiso.

Entrevistador 2: Ta.

Catalina: Como pedimos permiso, avisamos a la dirección que estamos haciendo esto y está.

Entrevistador 3: Bien, gracias.

Entrevistador 2: Y también, no, lo último para preguntarte es, que nos interesa a todos, que les preguntamos a todos, es, cuál es tu visión acerca de la anestesia pediátrica para los niños, o cuál es como, si pudieses soñar e imaginarte como lo mejor, qué sería.

Catalina: Bueno, mirá, creo varias cosas con eso. Creo que, lo mejor, obviamente, todos, ¿no?, pensamos lo mismo. Primero, que no se hagan, eso sería como lo ideal, ¿no? Obviamente, nadie quiere tener a los hijos enfermos, nadie quiere tener niños enfermos, es como el peor escenario que uno vive, ¿no?, o que le pasa.

Entonces, creo que eso por un lado, y después me parece que hay una cosa que es buena de acá del hospital, es que estamos como bastante cerca de eso que

soñamos. Nosotros tenemos una calidad de trabajo y de anestesia que es muy buena realmente, y estamos cerca de muchos lugares del mundo. Tenemos estrategias para disminuir la ansiedad, tenemos estrategias para mejorar el dolor, para que ellos pasen lo mejor posible.

Entonces, nada, creo hoy por hoy que lo mejor o lo que más me gustaría es mejorar, capaz que, como avanzamos tanto en tecnología y en, no sé, dispositivos y en todo, tenemos mucho estudio, hacemos anestesia regional, tenemos mucho fármaco disponible, me gustaría mejorar lo no farmacológico, mejorar los lugares donde ingresan los niños, mejorar las salas del preparatorio, y mejorar el contacto nuestro desde lo humano con la gente. El hecho de que vos sepas que hay alguien que está pasando por el peor momento de su vida o uno de los peores, eso es, al ser extremos, pero más allá, uno tiene miedo, es lo que hablábamos hoy, y que muchas veces nosotros nos olvidamos de eso, entonces, más allá de como me gustaría soñar de que mejoren esas cosas, y que todos lo sabemos, ¿no? Que cuanto menos ansioso y mejor pasan, va a ser mejor para ver niños. Entonces sería más de ese lado.

Entrevistador 2: Bueno.

Entrevistador 5: así que viene bien todo lo que podemos están haciendo.

Catalina: Sí, viene perfecto, todo lo que, cuando empiezo a trabajar acá, todo viene bien.

Entrevistador 4: Otra, otra duda, nosotros ta en esto del, que vamos a hacer el manual, y además queremos medir, o sea, si da resultados.

Entonces, nuestra idea es hacer como una encuesta pequeña, donde, o sea, antes del manual, y después cuando esté el manual. Eso, nos dijo Entrevistador 4, como que se podía, ellos se levantaba que había que completarlo, y lo completaron.

Catalina: ¿Pero quieren hacerlo para sí los anestesistas, o todo el personal?
¿Quieren hacerlo solo con la población anestesista, o con?

Entrevistador 3: No, queremos hacerlo con los usuarios.

Catalina: Eso es complicadísimo.

Entrevistador 2: Nos imaginamos,

Entrevistador 3: El tema es que queríamos ver el impacto del manual.

Entrevistador 2: pero igual lo podemos hacer desde el punto de vista de ellos. Ellos también están mano a mano con las familias.

Catalina: Lo que pasa con las encuestas, acá tenemos varios problemas. Primero, para que sea, claro, sería como que ellos participaran como de ese estudio, sería, ¿no?

Entrevistador 2: Sí, es un pequeño estudio de máximo una semana.

Catalina: Y lo que pasa que ahí no sé si nos tendríamos que presentarlo al comité de ética, si no hay datos.

Entrevistador 2: No, no se piden datos completamente anónimos, pero igualmente.

Entrevistador 4: ¿Lo pueden completar ellos, o no?

Entrevistador 4: Sí, de la parte nuestra, y después otra limitante que tenemos con la familia es el personal, el personal de salud.

Entrevistador 2: Cambiamos los formularios para que sea pensado para ellos.... Podemos hacerlo por semana

Catalina: No, podemos hacerlo por semana, una semana. Lo que podemos hacer es agarrar, ponerle antes de largarlo, hacer como una especie de Pre-test, y después de seis semanas de implementado, ahí hacer un post-test con las mismas preguntas, ponerle.

Entrevistador 2: Sí, nuestra idea es hacer eso, el antes y el después, como un feedback de los profesionales, notan que las familias están más tranquilas, notan que van con mejor disposición.

Catalina: ¿Cómo quieren ustedes hacer llegar eso a la gente?

Entrevistador 2: No sé cómo les queremos como a ustedes, porque hicimos una encuesta online y no tuvimos mucho éxito, 8 participantes de 60.

Catalina: Eso lo podríamos hacer.... Nosotros ahora política y operatoria no tenemos mucha, pero tenemos las líneas de administración que ellas llaman, que tendría que ser algo virtual.

Entrevistador 2: Sí, podemos pasarlo después, no hay problema. No, Naty nos había dicho en papel y por eso le hicimos en papel, pero si no lo cambiamos.

Catalina: No, en papel puede ser para la parte de policlínica y operatorio que se lo den los mismos anestesistas que estén en poli.

Eso estaría buenísimo y sería como una línea. Y si no, la otra que tenemos es hacer algo como virtual. Acá las administrativas los llaman dos días antes o el día antes, que ya es poco tiempo. A la familia para ingresar. Entonces también tenemos esa otra que podemos hacer.

Entrevistador 2: Sí, igual para ustedes como anestesistas y como equipo profesional, ¿qué les sirve más? ¿Lo virtual o lo escrito?

Catalina: No, como por ejemplo si estás en policlínica presencial te sirve más que lo virtual.

Entrevistador 2: Capaz que podemos poner los dos.

Catalina: Podemos poner los dos porque nosotros tenemos algunas polis que son telefónicas y otras que son... De todas formas sería algo que sería dos veces más. Antes y después.

Entrevistador 2: Sí, sería una semana antes y una semana después darle un tiempo al lanzamiento del manual de una o dos semanas y una semana después ya pedir el feedback porque sabemos que los tiempos de ustedes no es para estar atrás de nosotros. S

Entrevistador 3: Demorarán 3 minutos en responder.

Entrevistador 2: Son preguntas de si y no. Y de opinar del uno al cinco

Catalina: Divino. Eso.

Entrevistador 3: Bueno, nada, para volver a resumir un poco, la idea es un producto central que es el manual que acompaña el video y este manual enfoca en tanto antes, durante y después del proceso y también en el objetivo que es para que tenga toda la información posible y que sea elegible y entendible para un niño a la gente.

Entrevistador 2: Y que conozcan al anestesista. ¿Quién es el anestesista? No es el que da el pinchazo y se va, sino el que se queda ahí toda la operación acompañando.

Entrevistador 3: Y nosotros tenemos también unos materiales, una presentación, unos documentos que no sé si tenés y que no también te puedo pasar.

Entrevistador 3: No, pasenme, sí, pasenmelo, porque Naty me lo estaba por pasar, pero vieron que ya está por tener. Así también nos vamos a compartir.

Entrevistador 2: No, te pasamos. Y bueno, estamos más que a disposición por cualquier duda que tengas, cualquier idea que te digas, ay, se me ocurrió este o me

acordé tal cosa, pasanoslo, que nosotros estamos más que contentas recibiendo.
Muchísimas gracias.

12.6 Entrevista a Sebastián

Sebastián: O sea, tan agresivo el el el procedimiento.

Entrevistador 1: Claro. Y y ahí ahí en en relación a eso que mencionás, ¿cuáles son esos esos principales desafíos a la hora de de operar a un niño o de intervenir a un niño? No solo en lo técnico, sino también en lo emocional, te pregunto.

Sebastián: Sí, sí, sí. Es muy importante lo emocional por el tema de que ustedes Ya vienen Ya llegan con miedo, ¿no? Miedo de que se los se los transmitió el tema lo transmitió la madre o se lo transmitió otro niño. Y llegan este con miedo y uno tiene que tratar de de aliviar eso, ¿no? De aliviar eso de y de cambiarle poco el el pensamiento que cuando llegan de que se sientan seguros. Bien. No, de que vos lo vas a cuidar y de que la condición que uno le tiene que que dar para que el niño esté.

Entrevistador 1: Bien, y justamente para transmitirle esa seguridad y confianza tanto al niño como a la familia?

Sebastián: Eh, mira, cuando eh te puedo decir cuando llega, ¿no? Porque eso también más de antes, pero eh cuando llegan eh bueno, yo lo que hago es saludarlo, ¿no? Intentarme saludarlo, darle la mano. Pero a los niños no les gusta que le den beso, nada, ¿no? Le dan la mano y es como que ya ahí le están dando una confianza, ¿no? Me da la mano o le tocas el puño o lo que sea. Y después pregunta básica, ¿no? Como el nombre, eh si va a la escuela si alguna pregunta que no sea no esté relacionada con con la peluquería. Por ejemplo, si va a la escuela, si juega el fútbol o si tiene hermanos. Y después y después todo interrogatorio, ¿no? de de seguridad, ¿no? Que es que el ayuno que tiene, si tuvo otras enfermedades, si tuvo si tiene alergia, eso tiene. Y también el tema de contener a la madre, ¿no? Claro. Y explicarle a la madre que ella es la que lo tiene que que ayudar.

Entrevistador 1: Sí. Sí, sí, capaz que si el niño llega tranquilo, pero la madre se pone nerviosa y es que el niño entra Claro.

Sebastián: Es que la madre transmite todo, ¿no? Claro. Sí, si la madre está nerviosa, le va a transmitir todo al niño. Es Yo le explico, es un esfuerzo muy grande lo que tenés que hacer, pero es error muy importante que vos le transmitas seguridad. Y más que nada seguridad.

Entrevistador 1: Y y ahí qué estrategia aplicás con esos padres o madres para para darles la tranquilidad a ellos que posteriormente se va a ver se repercute en el niño.

Sebastián: No, lo primero que tenés que hacer es hablar con seguridad, viste, con seguridad y transmitirle con seguridad de que el la madre nunca va a estar porque, ¿no? Si digo, yo le siempre le digo, "La madre tiene que estar siempre al lado tuyo." Es una es una obligación, es como que nunca te puedes separar. Entonces, el niño y la hija ahí al niño le estoy dando primer la seguridad porque ya sabe que no lo no lo vamos a llevar nosotros solos para dentro ni nada. Eh, no se lo vamos a separar de la madre. Y entonces, ahí ya lo estoy estudiando Y después Y después sigo que de que los procedimientos que le vamos a hacer son seguros y que no le va a doler. Claro. Me a veces me duele el pinchazo, ¿no? Cuando le va a poner la vida, pero después el resto no. Ahí va. Pero también a decirle la verdad, ¿no? Sí.

Entrevistador 2: ¿Y usan algún recurso como dibujos, metáforas o algún juego o es simplemente como por voluntad propia de cada enfermero? el el querer transmitirles esa seguridad. O sea, cada uno lo hace a su manera con lo que tiene y lo que le sale o cuentan con con alguna herramienta.

Sebastián: No, tenemos que juguetes que uno dona. Este dice que el niño sin dolor dona juguetes. Y vos con eso ya podés manipular, o sea, pues llevarle un juguete antes de de hablar con ellos, llevarle un juguete y mira, acá venís a recibir un juguete. para charlar y bueno, y después del resto, ¿no? Y tenemos la televisión también para mirarlo, le ponemos dibujitos en la tele. Claro. Con eso lo vas manejando. Pero transmitirle la seguridad es superimportante, ¿no?

Entrevistador 1: Bien, y ahí de desde tu mirada, ya que mencionaste, ¿qué rol cumple la Fundación Niños Sin Dolor al acompañamiento de los niños y las familias?

Sebastián: Eh, y bueno, el el regalo ese el el justamente es súper importante, pero además eh bueno, el niño sin dolor ha donado cantidad de de de de de instrumental,

de como es de equipamiento, bombas, bomba de infusión, equipos de de anestesia, carros de anestesia, ¿no? Lo que decimos nosotros. Tenemos una estación de anestesia que la donó equipo eh niños sin dolor y también ecógrafos.

Entrevistador 2: Desde tu perspectiva, estas nuevas tecnologías o herramientas que aporta la fundación eh son beneficiosas entonces para la atención del niño, ¿no? Y de la familia también.

Sebastián: Sí, eso me ayudó muchísimo todo, ¿no? Y además principalmente la seguridad porque inclusive tenemos un video laringo donado por ellos. Luego puede eh si la necesita puede ponerle el tubo endotraqueal este mirando en una pantalla. Mirando la pantalla puedes ver, ¿no? ¿Dónde le vas a poner el tubo? Eh, con el hipocasto puedes ver dónde vas a pinchar una una vena, una arteria este específicamente, ¿no?

Entrevistador 1: Bien, y ahí en general en en el equipo, ¿se percibe esta ayuda de la fundación o queda un poco por detrás?

Sebastián: No, no, no, percibo, se percibe y se usa se usa a diario, ¿no? A diario Muchísimo, se usa todo. Es posible, la gente lo pide, inclusive lo pide en otros sectores también. Sí, eh del CTI o a veces en emergencia también. Nos piden ayuda con y nosotros tenemos que usar ese equipamiento para para ayudar.

Entrevistador 2: Y ahora más bien desde el lado de la comunicación, o sea, ¿cómo crees que se da la comunicación entre enfermeros, cirujanos, anestesistas y otros profesionales que que que estén en el proceso, digamos, quirúrgico del niño. ¿Cómo cómo cómo dirías que es esa comunicación?

Sebastián: Bueno, el el líder, ¿viste? De ahí, el que maneja la comunicación eh soy yo, ¿no? El licenciado. Y porque yo recibí del del cirujano recibí del cirujano o del traumatólogo o del especialista eh lo que ellos quieren hacer o lo ¿Viste? O sea, el niño que tienen para operar. Tenemos que transmitirlo ahora. preparar todo preparar todo que lo va a ir a buscar. Y hablar con los otros sectores, ¿no? Donde está el niño y si, por ejemplo, necesita eh que otros servicios, otros servicios como radiología o hemoterapia o un servicio externo, también tengo que comunicarle eso a ellos, ¿no? Mira que vamos a traer un niño con un sangrado, con tal dificultad y probablemente

pensemos a ustedes. Todo eso es parte de esa es superimportante, ¿no? En cuanto a la la comunicación porque el esté eficiente y rápida para

Entrevistador 2: ¿Y cómo te sentís desde ese rol que que nos contás que tenés?

Sebastián: Eh, no, yo me siento superseguro y inclusive actué en situaciones de emergencia reales y y este y siempre fue satisfactorio, ¿no? Inclusive eh hace muy Muchos años y esto no no se daba, no había una comunicación fluida entre el por ejemplo hemoterapia o entre el laboratorio y nosotros. Y eso se fue resolviendo, se fue resolviendo y ahora es bastante fluido y bastante inclusive yo lo hablé con la dirección y y este y se habló y se resolvió. En la pandemia había dificultades para saber eh los resultados del del test, al principio había una dificultad enorme. Entonces teníamos que usar equipos de protección en todos todos los niños y después se solucionó. Yo hablé con la jefa, con la jefa que era García y ella consiguió un teléfono, un celular para nosotros poder comunicarnos y solucionar ese tipo de inconveniente. Lo mismo pasó con radioterapia y con radiología. Radiología tenía un un interno donde la la que atendía la que atendía el interno nunca nos podía decir dónde estaba el radiólogo y nunca nunca nos mandaba el radiólogo. Entonces, eh yo hablé con la con la jefa de radiología. Ella puso un celular y ahora nos comunicamos por WhatsApp, imagínate. Pasamos de no poder comunicar nunca que sí tenemos que bajar a del cuarto piso a planta baja. Ahora podemos comunicarnos por WhatsApp, le pasamos un WhatsApp y eso tuve enseguida en radiología. O sea, que en todas estas Estas mejoras, digamos, en el flujo tuvo que ver con un movimiento que fue de parte de parte tuya, ¿no? Sí, sí, de los licenciados, ¿no? Ahí va, del del grupo de enfermeros, entonces. Sí, no. Sí, no quiero decir ni yo pues pero lo resolvieron, pero sí.

Entrevistador 1: Che, y el equipo, ¿tiene cierta estabilidad? ¿Es estable o hay mucha rotatividad en algunos puestos?

Sebastián: Eh, no, no, no, la mayoría de las veces se se estable, o sea, nosotros podemos decir que el por ejemplo el lunes el el equipo de los lunes es siempre el mismo, el de los martes siempre el mismo en cuanto a anestesia, a cirujanos y a la enfermería, ¿no? La enfermería y a los eh instrumentadores. La mayoría de las veces es por día, ¿no?

Pero sí. Ya sabe que el lunes yo tengo que llamar a no sé a Puglia, por ejemplo, eh como cirujano a a iglesia como anestesiata O este, sí, sí, sí, los enfermeros y los intrametistas que voy a tener.

Entrevistador 2: Ahí va, así que, digamos, el equipo de enfermería tiene un rol clave en este proceso del niño también con lo que nos estás contando ¿Y eso se valora en el en el hospital? ¿Sentís que se valora o o cómo se

Sebastián: Eh, cómo se da Lo hemos hablado, sí, pero es súperimportante así de la de la comunicación. Que se valore, no sé, no sé, pero no te no no creo que no se valora tanto, inclusive no se valora tampoco la parte psicológica, ¿viste? Eh, tampoco. El te digo, estaría bueno que se valorara más, ¿no? Pero el permiso y el y el instrumentista eh te te está este siempre eh siempre están atentos ¿no? A lo que va a pasar. Eh, pero yo soy el que tengo que comunicarlo, o sea, si yo si yo no puedo yo no lo comunico en tiempo y forma eh al enfermero y al instrumentista, estos no pueden preparar la cirugía, no puede preparar nada porque claro, no no tienen cómo saber.

Entrevistador 2: Claro, ustedes son como la base, digamos, para, que suben la información.

Sebastián: Y a veces inclusive yo si viene un me viene el traumatólogo me dice, "Mira, Tengo que traer un niño de emergencia, recepciono la información y se la transmito al cirujano. Porque el protocolo es que el traumatólogo traumatólogo el especialista llame al cirujano directamente le pide a la sala, le pide a la sala y el cirujano si tiene disponibilidad le dice a qué hora, ¿no? Por un tema de que el cirujano tiene tiene a la vista todos los procedimientos que tiene que hacer él primero, ¿no? Y y lo que y de los otros especialistas. Entonces, alguien tiene que encargar saber qué procedimiento hay para hacer en el club. Nosotros somos somos mediador, ¿no? Entonces, a veces verificamos qué es lo más importante. Y se lo planteamos al cirujano. Digo, "Mira, parece que lo más importante que que entrar un neuroquirúrgico que de una lesión de pie, por ejemplo, pasó el otro día. Un niño que tenía una lesión en el pie y pero el día en neurocirúrgico entramos en neuro en neurocirúrgico primero, obviamente.

Entrevistador 1: Claro. Son ustedes los que toman esa decisión.

Sebastián: Sí, seguro, pero siempre eh avalado por el cirujano.

Entrevistador 1: No, no, está claro, está claro. Pero nos ayudó a entender un poquito ahí cómo es que se da el el proceso quirúrgico.

Sebastián: Y la comunicación con el anestesta, que el anestesta sigue siempre disponible. Siempre están disponibles, ¿no? Pero también ellos a veces tienen tomografías o tienen radioterapia, bueno, nosotros tenemos que tratar de tanto de lo que ellos más o menos se están haciendo para poder

Entrevistador 1: Claro. O sea, tienen que coordinar los tiempos y tareas. Claro. ¿Y cómo cómo lo coordinan?

Sebastián: O vos ya sabés Tano a esta hora. Sí, no, los anestestas me avisan. Me avisan y tenemos un consultante siempre y ellos se este, siempre me avisan, "Mirá que voy a estar en el tomógrafo, mirá que voy a estar en en radioterapia y queda y queda siempre alguien a la orden, ¿no? Queda a la orden tal persona y ahí yo la llamo a eso ahí.

Entrevistador 2: Eso es todo por WhatsApp, ¿verdad?

Sebastián: Y últimamente la mayoría es todo por WhatsApp, sí. Todo por WhatsApp, ¿viste? Como en WhatsApp.

Entrevistador 1: ¿Y y qué tipo de imprevistos pueden surgir ahí? Porque en realidad siempre hay alguien de guardia o no. ¿Qué tipo de imprevistos pueden surgir?

Sebastián: Ah, pues si puede surgir un niño que sangró el piso en la sala común. Por ejemplo, que es lo más habitual, ¿no? Es un niño que que lo operaron que lo operaron de amígdalas, por ejemplo, y sangra en el piso o o o o está en bloc todavía y sangró o viene de la casa sangrando, por ejemplo. Claro. O un accidente, ¿viste? Un herido, un baleado. Lo sigo mirando, la comunicación a veces en el caso de los de los de los heridos, de los heridos que es que por ejemplo un herido en Colón cuando a mí me me tienen que avisar enseguida, ¿no? Deberían, ¿no? Avisarme enseguida de que vamos a tener un herido. Aunque aunque no esté grave o que y es probable que va a venir a block. El sistema de de hace tienen que avisarnos

preparen el blog va a ir herido. Entonces ahí, por eso yo trato de sacar información de otro lado, ¿no? De la emergencia de de mismo sistemas del 10 30 que es el número donde vos llamas para las emergencias móviles. Y ahí está información de cómo viene el linio, qué es lo que vamos a precisar y este y en cuanto esté ¿no? ¿Y con qué gravedad, porque ¿viste? Y ahí llegan más rápido los pacientes, los heridos llegan mucho más rápido

Entrevistador 2: Esa esa comunicación de que te avisen que viene un herido. Como dijiste, deberían avisar, ¿se da? O sea, ¿sin problemas o o ha pasado que no que no avisen que no den aviso?

Sebastián: Una vez se cayó una niña en Colón por ahí en pica Colón se cayó por la escalera a las 7 de la tarde y nos avisaron a las a las 11 de la noche. Es mucho, es una cantidad. Tenían que haber avisado enseguida y ahora llevado enseguida el block quirúrgico. Sí, sí. Pero tantas horas y era la cantidad de horas, 6 horas Claro.

Entrevistador 1: Y si pudieras proponer algún aspecto de mejora ahí a nivel comunicacional, ¿qué propondrías? ¿Qué te parece que se podría hacer?

Sebastián: Y sí, debería haber un protocolo eh o sea, a nivel de de salud pública o de 911 de que un niño requiere un block quirúrgico, pero a ver hay, ¿no? De que hay en hay en los adultos, en los niños, no sé, porque fallado más o menos. Pero que deberían avisar enseguida el blog. Aunque aunque el blog no lo usemos después, por lo menos nosotros estamos preparados para recibirlos. Y no tenemos no tenemos la sala usada, o sea, ocupada cuando ellos vengán, cuando ese niño venga, que no tengamos la sala ocupada con otro. O el personal ocupado con otro.

Entrevistador 1: Y y salvando las la las emergencias y esos imprevistos. En situaciones normales donde está prevista la operación y la intervención. Ahí, ¿qué mejorarías en términos de comunicación? Quizás con el niño y la familia o no?

Sebastián: En el proceso ideal, digamos. Sí, lo ideal es que Bueno, o sea, tener una una comunicación clara con el con el padre, ¿no? Con el padre y la madre El padre, el padre sepa o no, de qué lo van a operar porque muchas veces también pasa eso que llegan los padres ahí y te dicen, digo, "¿De qué lo van a operar al niño?" y me dicen, "No sé.. No sé, entonces

Entrevistador 2: ¿Y están abiertos a saber o o ese o ese como el no sé es porque tampoco quiero saber, digamos.

Sebastián: No, no, no. No, no saben porque no no se lo explicaron bien. Entonces en ese momento yo siempre la pregunta siempre tiene que estar, ¿no? ¿De qué van a operar a tu hijo? Sí. Porque si lo entran y nadie le preguntó nada y el padre no sabía o la madre no sabía es un problema. Entonces, eso es una cosa que que sí que hay solución ahora en algunos casos, ¿no? Yo siempre le pregunto, pero yo no sé si todo el mundo le pregunta. Entonces, le pregunta le pregunta si si te dice que no sabe llámás al cirujano o le decís al cirujano, explícale porque el papá no sabe o la mamá no sabe.

Entrevistador 2: Y no hay como un protocolo entonces ah, o sea, de esto de qué preguntas hacer previo a la operación, no hay, o sea, vos decís que vos lo hacés, pero

Sebastián: No. Tenemos, sí, tenemos un protocolo. Tenemos una planilla donde vos tenés que hacer todas las preguntas. Que este que también ella ya estaba antes, nosotros la mejoramos. Eh, es como cuando es como cuando vos vas a, por ejemplo, vos tenés que verificar como cuando vas a volar un avión, ¿viste? Si si si vas a vas a a este prender un avión y vas a volar un avión, tenés que hacerte cantidad de preguntas, si funciona todo lo que funciona y hacia dónde vas y cómo está todo, ¿no? Pues esto es lo mismo, ¿eh? Tenés que preguntarle a la madre y al niño todas las preguntas para que después la cirugía te aseguren. Y una de ellas de qué lo operan, ¿no?

Entrevistador 1: Vos sabes que nos hicieron ya el el mismo la misma analogía del proceso quirúrgico en relación a a bueno, a un vuelo desde el chequeo de toda la maquinaria y y y estar todo pronto hasta

Sebastián: Sí, es tal cual. Es seguro. Es Bien un checklist

Entrevistador 1: Bien y y pues harías algún tipo de comunicación que esté digamos para hacer como un protocolo ya que explique al niño y a la familia qué es lo que va a vivir para qué no tenga miedo al al momento de llegar?

Sebastián: Sí, eso estaría bueno, estaría bueno que tuviera una información antes de lo que le van a hacer y cómo se lo van a hacer. Claro. Y te preguntan muchas veces, ¿y cómo es la anestesia, no lo van a intubar eso? Ellos no saben nada, ellos cuando llegan ahí recién se enteran de que lo van a intubar, de que le van a poner un día. Tampoco que estaría bueno si esto lo hablo antes.

Entrevistador 2: Claro, eso o sea, en nuestro trabajo y de acuerdo a las entrevistas y a todo lo que lo que hemos eh recabado, hemos visto que hay una falta en eso de la comunicación de que muchas veces, como nos decís, los padres llegan sin saber qué es lo que se le va a hacer al niño. Y bueno, nosotros como que estamos interesados en poner el foco ahí y en crear ciertos materiales que que ayuden a la comunicación justamente entre eh con los niños y las familias. No sé qué qué te parece a vos eso.

Sebastián: Eh, no, me parece me parece bien, sí. Me parece algo productivo. Bien. Pero mira, han pasado cosas como en la psicóloga, por ejemplo, ahora no está más con la psicóloga, pero una psicóloga le dijo a un padre, dice, "Mire, el niño se puede morir por la anestesia y el y el, ¿sabes qué hizo el padre? Se agarró el niño se lo llevaron. Eh, sí. Con el con el brazo fracturado.

Entrevistador 1: ¡Ah! Qué locura.

Entrevistador 2: O sea que O sea, con eso digamos que hay como ciertas palabras que es como que si fueran, digamos, prohibidas para para usar, ¿no? En la hora de Sí. comunicarse

Entrevistador 1: Ya sea dolor, sufrir muerte.

Sebastián: Creo que, ¿no? En la facultad de medicina le dirán cómo hacer este el interrogatorio y explicarle, ¿no? Toda la situación, cómo va a ser la anestesia. Bueno, le dijo de nacional, bueno, de Peñarol le dijo y dice bueno ahora cuando salga va a ser de nacional, y el padre se enojó y le quiso pegar una trompada. La seriedad en ese momento es súper importante, porque es una cosa muy seria que te vayan a operar a tu hijo y que. Tenés que estar tenés que estar firme, serio con lo que es ti, ¿no? Demostrar seriedad, responsabilidad y además también tiene que

transmitirle confianza y ser un poco simpático con el niño y con el padre, ¿no? A su vez. Pero tampoco tan simpático decirle que va a ser de Peñarol o de Nacional.

Entrevistador 1: Sí, sí, sí. Por lo menos te anticipa un poquito, tenés que tener la la avidez para para evaluar ahí qué qué decir en el momento.

Sebastián: Sí, yo les pregunto a veces, ¿qué cuadro sos? Y me dicen de Nacional, ah, yo también. Y me dicen que de Peñarol, yo también. Quedás como que del lado de él, ¿viste? O sea, tenés algo en común con el niño y está bueno.

Entrevistador 1: Muchas gracias, Sebastián, realmente por el tiempito.

Sebastián: A las órdenes. A las órdenes, es muy lindo todo la el tema de la comunicación ahí. Es es y además es superimportante.

Entrevistador 1: Sin duda, sobre todo porque, bueno, supongo que que debe ser superimportante la digamos, la confianza o desconfianza con la que entra un niño al proceso para para cómo sale todo, ¿no? Si entra con miedo o ya

Sebastián: Sí. No, y a la salida Y a la salida recuperación también, eso te voy a decir. La salida eh eh yo siempre le digo, ¿viste? En la recuperación, cuando están en la recuperación, le digo a la mamá, "Tú ahora cuando se despierte le decís, ya terminaron, ya ya no te van a hacer más nada. ¿Te fue bien? Lo que te dijo el médico, te dijo que el médico te dijo que le fue bien, bueno, le decís eso al niño. Que le fue bien, que terminaron y que no le vamos a hacer nada. Ahora vamos a esperar para que se recupere y se vaya para la sala. Porque ¿qué pasa? El niño después que se opera no sabe, no sabe todavía si lo operaron o no lo operaron. Entonces, él está en recuperación y piensa que todavía no lo operaron y muchos niños me plantean: "eh ya me operaron", te dice. Sí, ya te operaron. Y ya, ah, yo estaba nervioso y ya me iban a operar. Ah. Y la molestia la tiene un rato más, la tiene hasta que va a piso. Y también decirle la verdad, esa molestia la vas a tener, vos tranquilizate que eso te va a pasar cuando con líquido frío, con cosas frías. Todo eso también es superimportante. Para que el niño no llore después de la cirugía por cosas que que le pasa a todo, ¿no?

Entrevistador 1: Bueno, muy bien, Sebastián. Te agradecemos de verdad por el ratito.

Sebastián: Bueno, yo estoy a las órdenes.

Entrevistador 1: Gracias. Cualquier cosa te volvemos a contactar. Realmente un placer.

12.7 Entrevista a familia testimonio

Natalia: Bueno, primero contame, a ver un poco, sé que a ella la operaron también vos estando embarazada. Si querés contame un poco como, más o menos con la cosa.

Victoria: Sí, ella venía con una patología llamada mielomelognon celi, con QIARI tipo 2, Entonces la cirugía se hacía utrauterina, estando en la panza, o después que naciera, pero era mejor hacerla estando dentro de la panza. Por eso se hizo la cirugía a las 28 semanas de gestación, que fue el 25 de enero, y nació prematura, con 32 semanas, el 25 de febrero. Después de ahí estuvo en CTI, por la prematura y por la cirugía que tenía. Tenía dos puntillas de una bacteria llamada Echaricoli en el líquido cefalorraquina, que le contagió la sangre y todo esto, se subió más rápido al líquido y le provocó la hidrocefalia. Y ahí tuvimos, en Neo, tuvimos tres meses en el pereira. En la parte de Neo después nos pasaron a pediatría, que tuvimos cuatro meses más. a los cinco meses le pusieron la válvula externa, que fue cuando nos encontramos.

Natalia: Ahí va, ahí tenía cinco meses.

Victoria: Para drenar el líquido que tenía, para después poner la válvula interna que es la que tiene hasta ahora.

Natalia: Ahí va, esa es la que a medida que crezca la van a seguir cambiando?

Victoria: Eso depende, si se llega a tapar en algún momento se la cambia. Si no, mientras funcione bien no se la cambia.

Natalia: Ah bien. Y estuviste tres meses en el pereira. ¿Cómo fue la experiencia? ¿Vos estabas en la casa de la mujer?

Victoria: Yo estaba en la casa de la mujer, sí. Esos tres meses y después en pediatría no, porque yo estaba con ella Mientras que ella estaba en CTI, yo podía subir solamente a cada tres horas nomás CTI, a verla.

Natalia: Bueno, ¿y cómo recuerdan el momento en que supieron que tenías que operarte vos, digamos, con ella en la panza?

Victoria: Sí, nunca, nunca. O sea, me cayó como un balde de agua fría. Aparte que no entendía ni lo que era esa patología, no. Porque supuestamente esa patología se descarta a las doce semanas que me dijeron que venía todo bien. Que me la hicieron en 33, que me sacaron sangre. (2:19) O sea, en esa, ¿cómo es decirte? (2:21) En ese estudio que te hacen con el analgés, ahí en la ecografía, (2:25) descartan todo el síndrome de edad, todas las patologías raras. (2:28)

Natalia: Sí, he escuchado eso.

Victoria: Pero a mí me dijeron que venía todo bien, que era 80% nena, que estaba todo perfectamente bien. Y a las 21 semanas, la estructural, la de los cinco meses, a mí me dijeron que venía con eso. Pero yo me hice la ecografía, y no salió nada. Y es rarísimo que ahora se vea eso.

Natalia: ¿Y se podía desarrollar después, capaz, o no? Nunca supiste por qué.

Victoria: No, nunca supe por qué. Supuestamente allá en el Pereira me dijeron que había dos opciones. Porque yo recibí un antibiótico fuerte porque tuve una infección urinaria. Que puede ser eso. Y si no, el hierro, porque a mi Sonia no me dio el hierro. O sea, me lo dio después de los dos meses y medio. Y lo tenés que recibir ya cuando te enterás que estás embarazada. Porque el hierro ayuda hasta a formar todos los huesitos y todas esas cosas. Y aparte no entendía nada de lo que era esa patología. Hasta que después en el Pereira hicieron una junta médica con nosotros y nos dijeron las opciones que había, que era mejor operarla dentro de la panza. Porque, cómo decirte, porque tira el nervio de la columna, tira para abajo. Y entonces le podía provocar una malformación en la cabecita. Por todo el tiempo que iba a estar dentro de la panza. Entonces la mejor opción que había era eso.

Natalia: ¿Y qué fue lo que más te preocupó, digamos?

Victoria: La cirugía. Sí, la cirugía. Estar dentro de la panza porque había riesgo. O sea que perdiéramos la vida una de las dos. O las dos a la vez. Porque el sangrado, que podía haber una hemorragia. Por eso llamaron a cirujanos de Brasil. Por el tema que la placenta estaba toda arriba de la bebé. Ellos tenían miedo de entrar y pinchar la placenta. Entonces llamaron a cirujanos de Brasil. Que ellos vinieron el viernes de noche mismo. Me hicieron una ecografía y tenían plan A, plan B, por donde entrar.

Me explicaron que sacaban el líquido para afuera. Que lo ponían en una bolsa. Que son cuatro puntitos, cuatro cortecitos me hicieron. Que en uno entraba la cámara, en el otro entraba la pinza, en el otro entraba el aparato. Y que la veían con una cámara grande. Y si tenían que dar la vuelta o no. Y ella, por suerte, estaba dada vuelta. Y cerrando la cirugía, se dejó ver la carita. Entonces la conocieron y nos mostraron el video.

Natalia: Qué tecnología, ¿no?

Victoria: Sí, sí, la verdad que sí. Aparte que te digan que te van a operar a tu bebé dentro de la panza.

Natalia: Claro, sí. Yo tampoco nunca había escuchado.

Victoria: Sí, no, yo tampoco.

Natalia: ¿Y recuerdan si alguien les explicó lo que iba a pasar? ¿Cuál es el papel del anestesista en sí?

Victoria: O sea, no, explicaron en ese momento nomás. Que estaba en la anestesia. Había gente que corría riesgos con la anestesia. Pero ta, solamente eso. Y nos hicieron firmar ese papel nomás. La explicación fue breve, digamos. Aparte que me dormían a mí, dormían a la bebé. Entonces habían dos. El anestesista de grande y el anestesista de la bebé. Que era el que vos conociste. (5:41) Y la señora. La otra veterana. (5:43)

Natalia: entonces antes de la cirugía no sabían bien qué era la anestesia, o qué hacía el anestesista

Victoria: No, no, no.

Natalia: Y hubo algo que no entendieron, digamos, en ese momento, que estás muy nervioso. O que les hubiera gustado que explicaran mejor, por ejemplo, contar con algún material antes o algo así.

Victoria: O sea, con el tema de la cirugía nos explicaron todo. Porque hicieron una reunión, una junta médica con todos los médicos, viste. Y nos explicaron todo. O sea, de los riegos que había. Después no explicaron todo, qué era la patología y

todas esas cosas. Pero, o sea, lo único que no, obviamente que no me quedó claro fue por qué venía así. Por qué fue, si era por la medicación o qué. Eso nunca nos descartaron por qué había sido.

Natalia: Y ahora que ya vivieron esa parte del principio ¿Les hubiera ayudado tener una explicación escrita o visual? Como para entender mejor.

Victoria: Sí, sí, sí. Hubiera sido de mucha ayuda.

Natalia: Bien. Y después con esto del ayuno y toda la preparación que se necesita. ¿Les resultó clara la información o era confusa?

Victoria: Al principio con los nervios todo es confuso y no entiendes bien pero después entendimos y eso sí.

Natalia: Bien, y ¿Tuvieron dudas sobre qué llevar o cómo tenía que ir ella?

Victoria: No, no. Eso fue claro.

Natalia: Entonces lo que no sabían y se enteraron el día de la cirugía era todo lo de la anestesia, digamos.

Victoria: Sí, sí, exacto.

Natalia: Bueno. ¿Recuerdan cómo fue el día de la cirugía? ¿Recuerdan cómo fue la llegada al hospital? ¿Alguien los recibió?

Victoria: ¿Cuando me operaron la bebé dentro de la panza o cuando la operaron a ella, decís vos?

Natalia: Capaz que cuando la operaron a ella que era más desde la pediatra.

Victoria: O sea, nosotros estuvimos internada hasta que la operaron. O sea, viste que al padre lo dejaban entrar ya cuando llegaba de noche, lo dejaban quedarse en la sala que estaba uno. Dejaban entrar a uno hasta que la durmieran en la anestesia, eso sí. Porque al colmar así, viste, nos explicaron todo el tema de la anestesia y eso. Como era bebé ahí sí nos explicaron todo. Hasta dejaban entrar uno solo, cualquiera de los dos papás, con todo el traje y todo eso. Hasta que la

dormía y te explicaban, no te asustes porque va a quedar totalmente quietita, va a quedar como flojita y es el efecto de la anestesia, eso sí.

Natalia: Ahí va, eso sí en el momento les explicaron todo el paso a paso.

Victoria: Ahí sí, nos iban explicando paso a paso lo que le iba a pasar, que iba a bajar la saturación, que iba a bajar la presión, que iba a estar ahí. Pero, o sea, bien dormida por el tema de la anestesia que no era nada. Obviamente que sí hay riesgos como toda anestesia, pero ta

Natalia: ¿Y qué opinás de esto de que puedan estar como padres allí con ella? Porque viste que no en todos los hospitales existe la posibilidad.

Victoria: la verdad que es genial porque te dejan entrar hasta que vos la veas que se durmió, te vas tranquila, que sabés que se durmió y vos estabas ahí.

Natalia: ¿Y después estás con ella cuando se despierta no?

Victoria: Sí, después para la pos anestesia, para cuando sale la cirugía, también te dejan entrar hasta que ella se despierte bien, esté saturando bien y todo eso.

Natalia: ¿Eso es todo en el bloc?

Victoria: Sí, eso es todo en el bloc, en la parte de la pre y pos anestesia.

Natalia: Ahí va, y después de la cirugía, ¿les explicaron qué iba a sentir ella al despertarse?

Victoria: Sí, claro, sí, que iba a estar muy quejosa, muy soñolienta, que iba a estar más dormida que despierta, dolorida y todo eso, eso sí.

Natalia: ¿Y les explicaron de forma clara los cuidados posteriores?

Victoria: Sí, también, sí. Fue super claro.

Natalia: ¿Y sintieron acompañamiento en ese momento de parte de los anestesiistas?

Victoria: Sí, sí, sí, eso sí.

Natalia: Después con esto del hospital que, bueno, a mí me pasó que cuando entré no sabía ni para dónde ir, es gigante. ¿Les hubiera servido tener como un video del recorrido?

Victoria: Sí, mirá, cuando yo ingresé, cuando me enteré de la patología que me mandaron para allá, la jefa de neonatal nos mostró toda la parte de la parte de maternidad. Eso sí, nos mostró todo, pero yo la parte de pediatría no tenía ni idea, o sea, andaba, solamente conocía la parte del piso 2 donde estábamos, pero después ya el piso 4 donde la llevaban a Mara, andaba re perdida.

Natalia: Claro, y no hay señales allí ni nada.

Victoria: No, no hay señales de nada.

Natalia: Bueno, y te pregunto, si otra familia tuviera que pasar por lo mismo. ¿Qué creen que deberían saber antes? ¿Algo que ustedes no contaron con esa información y les hubiera servido?

Victoria: Y, o sea, por la patología de Mara, hacerse la transnucal para descartar la patología que tenga. Esa es re importante, porque ahí sale toda enfermedad con la que venga, la bebé o el bebé, es muy importante esa, y después informarse más en la parte Pereira o donde sea el hospital que vaya. Yo qué sé, en el tema de ponerle que se tenga que quedar en el hogar de madres, averiguar, porque a mí me costó, me costó bastante porque no había lugar, porque dan lugar solamente a los del interior y si tenés tu bebé en CTI, si no, no te dan el lugar tampoco. Entonces es todo un tema.

Natalia: Ahí va, bueno, te cuento, a nosotros nos pasó que vimos que muchas familias como que no sabían qué era la anestesia o qué era lo que iba a vivir su hijo. Muchas tampoco que no quieren saber. Entonces estamos haciendo un manual, que es como un librito, un folleto, donde explicamos, bueno, todas estas cosas. Por ejemplo, bueno, un mapa del PEREIRA, cuáles son las entradas principales, porque también hay mucha gente que va del interior, no saben por dónde se entra. Después, por ejemplo, todo el tema del ayuno, de qué tiene que llevar y toda la parte de qué es la anestesia, o sea, qué hace la anestesista, que tampoco sabíamos nosotros que la anestesista está desde el primer momento, digamos, allí.

Victoria: Sí es verdad, uno no sabe esas cosas.

Natalia: Claro, bueno y ellos también decían que hay como un preconceito de que ellos ponen la anestesia y se van, y en realidad están todo el tiempo allí controlando.

Victoria: Yo, honestamente, cuando entré con la bebé, cuando estuvieron conmigo, yo sé que también estuvieron ahí. Después que me dormí, sí, no sé, pero... con Mara, viste que también... Y, aparte, el amor que te dan, porque son muy amorosos. Y te hablan, van y te preguntan cosas hasta que vos te duermas, y cuando te despiertas, en mi caso también,) me preguntan en qué nos quedamos, a veces yo me acordaba. Yo, como fue todo tan de golpe, yo, cuando me fueron a operarme, ni siquiera miré, firme nomás el papel. Me explicaron que iban a hacer esto, pero yo, de los nervios mismos que tenía, ni siquiera leí el papel. Con Mara sí leí que te dice los riesgos que hay, todas esas cosas. No me acuerdo bien lo que dice el papel, pero sí, yo me acuerdo que, con Mara sí leía todo lo que era papel que me daban, leía todo.

Natalia: también pasa que es muy técnico el lenguaje que usan para esas constancias, no?.

Victoria: Claro, sí, sí. Eso también, una está nerviosa y no se puede ni concentrar y es un papel con cantidad de letra y lenguaje difícil que se te olvida todo al instante.

Natalia: Por eso, esa también es nuestra idea, hacerlo con un lenguaje más sencillo, que todos puedan entender. Más en ese momento que estás re nervioso.

Victoria: Claro. Sí, sí.

Natalia: Y, a su vez, también vamos a hacer un video del recorrido. O sea, de cómo es entrar, cómo es la parte de las salas, cómo es la parte del bloc, todo así, para que también para la familia no sea tan desconocido, que muchas veces eso es lo que te da miedo.

Victoria: Sí, obviamente, sí, sí. Uno no sabe cómo es y se imagina cualquier cosa.

Natalia: Es verdad. Así que, bueno, después te compartiré lo que hagamos.

Victoria: Bueno, dale.

Natalia: Bueno, no sé si querías contarme algo más o algo que te haya faltado.

Victoria: No, o sea, fue todo lo que vivimos, estuvimos casi nueve meses allá en el Pereira. Ya nos conocemos todos, ahora sí no nos perdemos. Después de tanto, porque ahora por última vez tuve el piso 5, que está la parte de quemados, que se habían dividido en neurocirugía y la parte de quemados, porque estaban arreglando el segundo piso. Pero, además, conozco hasta el piso 6.

Natalia: Bueno, te agradezco mucho por esta instancia. Nos va a re ayudar.