Bienestar y resiliencia en las UCIP de América Latina

PONENTES

Lorena Acevedo

Médica intensivista pediátrica

Fundación CardioInfantil

Luis Augusto Moya Barquin

Médico intensivista pediátrico

Fundación CardioInfantil

Teresa Stegmann

Enfermera especializada en cuidados intensivos pediátricos

CHOP

Daniel Arturo Sandoval Castillo

Técnico en terapia respiratoria

Fundación Valle del Lili

Lorena Acevedo 00:09

Hola y bienvenidos a la serie de podcasts de la Semana Mundial de Concienciación sobre las UCIP 2026 de la WFPICCS. Soy Lorena Acevedo, intensivista pediátrica y epidemióloga clínica de la Fundación CardioInfantil en Bogotá, Colombia. Es, sinceramente, un privilegio contar hoy con la presencia de tres

destacados colegas latinoamericanos. Permítanme presentarles a nuestros ponentes de hoy. En primer lugar, el Dr. Luis Moya,

Luis Augusto Moya Barquin 00:37

Hola, Lorena. Hola a todos. Soy el Dr. Luis Moya, intensivista pediátrico del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala.

Lorena Acevedo 00:46

También nos acompaña Teresa Stegman,

Teresa Stegman 00:51

Hola, Lorena, y hola a todos. Soy Teresa Stegman. Soy una de las enfermeras especializadas y vengo de Buenos Aires, Argentina.

Lorena Acevedo 00:59

Y, por último, nos complace tener con nosotros a Daniel Sandoval,

Daniel Arturo Sandoval Castillo 01:04

Hola, Rena. Hola a todos. Soy Daniel Sandoval y soy fisioterapeuta en Fontaine Valle Linde, en Cali, Colombia.

Lorena Acevedo 01:12

Esta es la época del año en la que reconocemos el increíble trabajo realizado en las unidades de cuidados intensivos pediátricos de todo el mundo. Este año, nuestra campaña se centra en un tema crucial: cuidar a quienes cuidan. El objetivo es destacar la importancia del bienestar de los cuidadores como pilar fundamental de una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) segura, ética y sostenible. Los profesionales se enfrentan a exigencias intensas, emocionales, éticas y clínicas cada día.

Apoyar a las personas que prestan esta atención es esencial no solo para su bienestar, sino también para la calidad y la seguridad de la atención prestada a los niños y sus familias. En este episodio, crearemos y exploraremos cómo los equipos de nuestra región, América Latina, están abordando el bienestar de los cuidadores, compartiendo nuestras experiencias, retos e ideas que pueden ayudar a construir entornos de cuidados intensivos más saludables y solidarios. Hoy nos centramos en el increíble trabajo realizado en toda América Latina, una región caracterizada por la diversidad, la resiliencia y un profundo compromiso con el cuidado de los niños en estado crítico, a menudo en un contexto de recursos limitados y altas exigencias clínicas. Para iniciar esta conversación, me gustaría comenzar con una experiencia que refleje fielmente cómo el cuidado de los cuidadores puede integrarse en los modelos de atención clínica. Daniel, tu equipo ha desarrollado un enfoque innovador a través del programa CRICEP. ¿Podrías contarnos brevemente qué motivó la creación de este programa dentro de una unidad de cuidados intensivos pediátricos?

Daniel Arturo Sandoval Castillo 03:10

Muchas gracias. Es un placer para mí estar aquí. En primer lugar, Chris surgió de una realidad a la que nos enfrentamos cada día en la unidad de cuidados pediátricos. Por un lado, por supuesto, hemos logrado avances significativos en la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, observamos y nos dimos cuenta de que la experiencia de los niños, sus familias e incluso el equipo sanitario solía ser fragmentada, un poco como la especialización y también un poco como una exigencia emocional. Así que, en ese momento, se nos ocurrió una idea, o más bien, un pensamiento y una pregunta, y era: «¿Es esto lo suficientemente viable?». Así que Chris surgió como una respuesta creativa a esa pregunta. Pero también entendimos que, a nivel mundial, el modelo de atención estaba evolucionando y se estaba integrando a las familias, con el objetivo de reducir la morbilidad, y también de reconectar la importancia del equipo sanitario y, por supuesto, el bienestar.

Así que eso sucedió, y se hizo un poco más evidente durante la pandemia de COVID-19.

Lorena Acevedo 04:17

Danielle, esa perspectiva es increíblemente poderosa, especialmente la idea de que la supervivencia por sí sola no es suficiente. Pero para entender mejor este modelo, ¿podrías decirnos qué representa el nombre Traci?

Daniel Arturo Sandoval Castillo 04:32

Por supuesto, el nombre representa seis pilares fundamentales. En primer lugar, la C se refiere a los servicios de vida tímida. La R significa limitación temprana. La E se refiere a la escucha afectiva, y la C al

cuidado del cuidador. La E se refiere a la continuidad escolar. Y la P se refiere a post, ICD out, traducción, efectos. Pero. Traci, el acrónimo es un modelo integral de cuidados que va más allá de que solo nos preocupemos por lo holístico y proporcional. Se trata de un enfoque integral que abarca lo físico, lo emocional, lo cognitivo y lo social, junto con las familias y el cuidado del equipo.

Lorena Acevedo 05:19

Danielle, esta visión holística es verdaderamente inspiradora dentro de estos pilares. Uno destaca por ser especialmente relevante para el tema de hoy: el cuidado del cuidador. ¿Por qué decidiste incluir esto como un pilar, como un componente fundamental de tu modelo?

Daniel Arturo Sandoval Castillo 05:40

Porque llegamos a comprender algo esencial: es imposible brindar una atención humanizada si el equipo de salud está emocionalmente agotado. Y esto es muy, muy importante, porque, en primer lugar, en pediatría y en las unidades de cuidados intensivos, los profesionales están constantemente expuestos al sufrimiento, a la incertidumbre y a decisiones profundamente complejas, y esto tiene un impacto acumulativo en sus vidas. Pero, al mismo tiempo, cada profesional sanitario tiene una vida personal con sus propios retos y fluctuaciones emocionales y, sin embargo, cada día estamos expuestos, o se espera de nosotros que acudamos y ofrezcamos a los niños nuestra mejor versión. Y por eso surge esa delgada línea entre lo que damos y de dónde lo damos. Por eso es muy importante para el cuidador. Porque si el cuidador está bien, la atención también mejora. Es importante señalar que múltiples estudios muestran que las tasas de agotamiento son un poco más altas que antes, y esto no solo afecta a los profesionales, sino que también afecta a la calidad de la atención y la comunicación con las familias, e incluso a la seguridad de los pacientes y, al final del día, a los resultados. Por eso es muy importante para nosotros incluir el cuidado de los cuidadores. Empezamos a comprender que el estado emocional del equipo no es una cuestión individual, sino una variable clínica que influye en los resultados.

Lorena Acevedo 07:10

Y, sin embargo, lo que has compartido pone de relieve algo esencial: que el bienestar de los cuidadores no es un asunto personal, sino una prioridad estructural y clínica. Partiendo de esta idea, me gustaría dar ahora la palabra a Teresa para que nos cuente cómo se está traduciendo esto en estrategias concretas a nivel institucional. Teresa, según tu experiencia, ¿qué estrategias utiliza tu centro para cuidar del bienestar emocional y físico?

Teresa Stegmann 07:48

Gracias, Laura. Sabes que contar con el apoyo a nivel institucional es muy, muy importante y vital para el bienestar de nuestro equipo en nuestra institución; utilizamos diferentes estrategias para relajarnos después de semanas de mucho trabajo o de haber tenido casos especialmente difíciles.

Lorena Acevedo 08:06

¿Podrías contarnos cuáles son esas estrategias?

Teresa Stegmann 08:11

Sí, por supuesto. Tenemos un programa llamado «Cuidado de los compañeros» que suele programarse mensualmente para nuestra UCI cardíaca. Pero también podemos ponernos en contacto con el Centro de Bienestar para organizar una sesión siempre que nuestra unidad lo considere necesario. Estas sesiones están abiertas a todo el equipo multidisciplinar, y si hay un caso especialmente complicado que el equipo considere que necesita analizar, procesar o incluso tratar en profundidad en sesiones de grupos reducidos, también podemos organizarlo

Lorena Acevedo 08:46

Es fantástico. Y también es importante pasar de la concienciación a la acción. ¿Podría contarnos un poco más sobre estas estrategias? ¿Quién dirige estas sesiones?

Teresa Stegmann 08:59

Sí. En todo nuestro hospital, contamos con diferentes miembros del personal de distintas unidades que ayudan a dirigir estas sesiones. El equipo es realmente multidisciplinar e incluye enfermeras, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas y otros miembros que desean participar en la dirección de las sesiones. Para ello, estos miembros deben recibir formación, que incluye una sesión de coaching sobre cómo facilitar y hacer un balance de las sesiones. Tras la formación inicial, el participante debe asistir y observar dos sesiones de «Care for Colleague» antes de poder facilitar una sesión por sí mismo. Y una vez que te conviertes en facilitador, lo que pedimos es que no dirijas sesiones dentro de tu propia unidad, para que puedas mantener la objetividad y la imparcialidad al hacerlo.

Lorena Acevedo 09:53

Oh, estupendo. Esta participación multidisciplinar es realmente notable y pone de manifiesto una responsabilidad compartida en todo el equipo. ¿Cuál dirías que es el objetivo principal de estas sesiones?

Teresa Stegmann 10:10

Esa es una buena pregunta. Creo que el objetivo principal es crear un espacio en el que el equipo se sienta seguro para compartir experiencias vividas; el coach es quien plantea preguntas para guiar las conversaciones, pero no impone juicios ni nada durante estos debates, actúa como guía para que puedan, en cierto modo, analizar las experiencias que el equipo está viviendo, las emociones y los sentimientos, y su función principal es validar esas experiencias y emociones y resumir los puntos clave que surgen durante estos debates para ayudar al equipo a procesar sus experiencias y sus sentimientos, y a sentirse apoyado y reconocido. El objetivo principal es que el equipo no se sienta solo ante estas experiencias, y que haya un espacio y una comunidad dispuestos a apoyarse mutuamente.

Lorena Acevedo 11:07

Hemos explorado cómo los modelos de atención y las estrategias institucionales pueden apoyar el bienestar de los cuidadores, pero hay otra dimensión clave: cómo podemos preparar y apoyar a los equipos desde el principio. Ahora, la Dra. Luis Moya nos va a dar su perspectiva sobre cómo la educación, la simulación y el apoyo espiritual ayudan a fortalecer el bienestar de los profesionales sanitarios en cuidados intensivos pediátricos. Dra. Luis, sobre el bienestar de los cuidadores en la seguridad del paciente, ¿cuál es la perspectiva de la educación y la formación del personal sanitario en la Ciudad de Guatemala? Hola, gracias,

Luis Augusto Moya Barquin 11:50

Lauren, gracias por esta pregunta. Para mí es una gran oportunidad estar aquí con ustedes. En nuestra UCIP tenemos la política de que este podcast es un momento ideal para crear conciencia sobre la UCIP, para cuidar de quienes nos cuidan. Es importante que la seguridad fisiológica y psicológica comience con una premisa básica. Creemos que todas las personas que participan en las actividades de nuestra UCIP son inteligentes, capaces, se preocupan por dar lo mejor de sí mismas y quieren mejorar, según el Centro de Simulación Médica de Boston. En primer lugar, es importante darse cuenta de que la salud fisiológica y emocional de los profesionales de la UCIP influye directamente en el juicio clínico, la comunicación y el trabajo en equipo en los cuidados intensivos pediátricos. La UCIP es un lugar en el que debemos promover la calidad, la ética y el aprendizaje sin poner en riesgo la seguridad. A esto se

le llama simulación, y es la metodología que nos permite mejorar las habilidades, los conocimientos y las actitudes del personal, como actuar en condiciones de «franco tirador»: alta precisión, baja probabilidad.

El proceso de recualificación es muy común en la UCIP. Fue durante el brote de COVID-19 cuando varios miembros del personal no pudimos formar parte de la UCIP e intentamos participar en la atención de los pacientes en otros centros repartidos por todo el mundo. Es un caso que destaco como una realidad en América Latina, donde a veces es habitual que el médico sea el centro del conocimiento y la toma de decisiones. Lo que más necesitamos en las zonas rurales es democratizar la toma de decisiones y las habilidades para gestionar la dependencia y el rendimiento. Promuevo la contratación para la UCIP con la siguiente frase: «No necesitamos más expertos. Necesitamos personal competitivo», porque es habitual que algunos teman que se les exija un gran volumen de conocimientos, cuando en realidad se trata de promover el proceso de aprendizaje desde el nivel de novato hasta el de experto en un entorno seguro. Solo con una mejor contratación podemos tener mejores pacientes y una mejor relación médico-paciente, porque la carga de trabajo siempre agrava las condiciones laborales y provoca fatiga, y por lo tanto aumenta considerablemente la carga y la angustia moral. La nota de Word es un problema de 16 cuestiones, no un fracaso individual. Más allá de las otras clases que constituyen la definición final, es importante reconocer las tendencias y las diversas ocasiones en que el personal se acerca o está muy cerca del punto de no retorno de dos. El agotamiento no es un criterio ni una afección médica. Quien tenga un ciclo repetitivo y reduzca la conexión social y la aceptación, el reconocimiento y la competencia y el respeto del equipo, así como la realización del pleno potencial de la actualización celular, ya que la jerarquía de necesidades, la tensión de la plantilla, los modelos de dotación de personal, los turnos y el número de trabajadores, la semana laboral, las horas, el ciclo circadiano, la angustia moral, la organización y la cultura desempeñan un papel central en el agotamiento; el ciclo de aprendizaje y simulación es importante para la seguridad psicológica y promueve la confianza y evita el PMP. En los errores del mundo. En nuestro caso, necesitamos utilizar el modelo de las 10 000 horas de práctica deliberada para aprovechar una actividad como oportunidad de aprendizaje. Con esta condición, creamos un modelo de confianza y seguridad como contrato. Estamos aprendiendo con prisa porque el aprendizaje puede evitar el miedo, la ansiedad y la culpa en caso de que se produzca un error en nuestra UCI pediátrica; promovemos un contrato de confianza firmado primero por mí cuando se produce cualquier error y cualquier estudiante se compromete a informar de cualquier evento adverso; es mi responsabilidad no aplicar un Traci administrado. La educación se basa en las relaciones. Creemos firmemente que el nivel más alto del rendimiento es el liderazgo. Pero la NASA destaca que el mismo nivel de seguimiento que el de liderazgo es importante, ya que promueve y potencia el empoderamiento para lograr una toma de decisiones más entre iguales y democrática, una toma de decisiones en el contexto,

Lorena Acevedo 16:00

Dr. Luis, ¿cómo se pasa de la formación y la simulación al bienestar del personal de la UCIP?

Luis Augusto Moya Barquin 16:10

La formación se basa en el seguimiento, los mentores y los líderes, y se basa en sus funciones. La tradición. Todo el mundo cree que se puede aprender con la metodología «See One, Do One, Teach One» (Ver uno, hacer uno y enseñar uno). Básicamente, el supervisor aprende y no es seguro para la comunidad de pacientes. Aprendemos con «premium no chere», entendiendo que es una declaración protectora, pero no es una resolución, y pasar a la acción cuando hablamos de mortalidad infantil, debemos intentar aplicar el mejor modelo en un entorno exigente para los padres y las familias. Al revisar este panorama y observar la mortalidad infantil, concluimos que el «no hacer daño» no es suficiente. Hacer que el artista LEX sea tan rápido como feroz, tan rápido como puedas; el «no hacer daño» se convierte en un gran arte del flujo y el primer espíritu, comúnmente, no es solo reconocer, reconocer lo humano, sino persistir. El error es diabólico; es una cita completa que da sentido al fracaso individual sin retroalimentación, lo que podría considerarse incluso por la falta de retroalimentación.

Escribimos algunos artículos en su lugar para promover la seguridad del paciente, meliorare, humano est Supra momentos colaborativos máximos, mejorar es humano, trabajar mejor en equipo. Desde el inicio de los cursos de reanimación y el centro de simulación en Guatemala, comenzamos con el reconocimiento de las 4H y las 4T como base del paro cardíaco, pero después de eso, necesitamos añadir el trabajo de humanización que requiere normalizar lo incorrecto en el estrés y la angustia moral. Esta es la condición de que estamos en la quinta edad y en los 50.

Lorena Acevedo 18:12

Gracias, Luis. Y además, ahora queremos saber qué tienes, si tienes algún programa o iniciativa para mejorar la humanización y el trabajo en equipo en tu UCIP en relación con el apoyo emocional,

Luis Augusto Moya Barquin 18:28

entendemos el cuidado de los cuidadores, sosteniendo el futuro de la UCIP como se ha descrito anteriormente; el liderazgo es una competencia muy importante, es el nivel más alto de rendimiento, pero la condición principal que debemos aprender es la empatía que podemos aprender de la integridad y la empatía de nuestros mentores y, supuestamente, de nuestros líderes para que se mantenga en el panorama. Pero es necesario tener objetivos específicos para un debate en profundidad y que vayan acompañados de mostrar a los residentes la oportunidad de reconocer errores, pedir ayuda, hablar de condiciones universales y ser autocríticos, estar abiertos a otras críticas y comprender el valor del trabajo en equipo como modelo iterativo; no solo en el método Crew Resource se hace esto, como otros equipos deportivos han fomentado el apoyo a otros jugadores en el atletismo o en otros ámbitos; hay varios escenarios para el objetivo de enseñar sobre la empatía, pero si te gusta, las aplicaciones explícitas de la competencia que necesitas para recorrer los caminos hacia

la cima, las condiciones difíciles y las disipaciones, donde a veces la soledad es habitual en los turnos. Cuando hablo en el ámbito académico, me refiero a la empatía, donde me refiero al apoyo emocional, al espiritual, no religioso; me refiero a la misericordia. Varios artículos u organizaciones señalan que la distancia moral es difícil. Más que los problemas académicos o tecnológicos, se trata de los sistemas de las personas, de la falta de confianza en los compañeros o en las autoridades y la jerarquía, donde a veces los problemas están más relacionados con la confianza en la comunicación en esta situación, basada en el papel del capellán, al igual que el de los bomberos, soldados, policías, escuadrones o el apoyo en prisiones, hospitales o cualquier otro ámbito que reconozcamos. El capellán forma parte del personal; tengo conexión con la espiritualidad de ellos en las condiciones prácticas de sus familias; trabajamos sin confianza y confiando en sus colegas, mientras que el resto del personal necesita mejorar el compromiso y espera que el capellán en el campo de batalla sea el apoyo para evitar morir solo. Estamos promoviendo la meditación como apoyo a los padres, pero es algo emocional y exigente para el personal. Necesitamos mostrar al personal más empatía y misericordia, pero como debemos estar muy cerca de ellos, en el caso del capellán, estar disponibles y abiertos como una figura voluntaria en lugar de como un colega o parte del personal; la figura del capellán es voluntaria, pero tiene este fuerte compromiso de confianza; su apoyo debe ser más pragmático y resuelto, y eso no sustituye al apoyo psicológico profesional; en varias universidades se ha demostrado que el capellán puede incluso reducir el número de suicidios entre el personal, y es importante reducir los comportamientos autodestructivos como el consumo de drogas o la depresión grave. El capellán hospitalario, en nuestro caso, en la UCIP, debe contar con personal, tener más resiliencia, promover la confianza y utilizar herramientas para respetar y vivir en coherencia con sus propios valores espirituales sin la figura del pecado o el castigo. Lo que aumenta el sufrimiento en las condiciones de vida desmoronadas nos gusta conectarlo con la visión espiritual de la misión, la visión, la pasión, la profesión y la vocación de la persona alienada con el propósito de toda la vida en el enfoque personal y académico.

Y están los temas que sirven de marco para restaurar los valores y el compromiso en diversas situaciones, y recordar, en cualquier situación y en cualquier momento, el propósito de su valiosa vida al servicio de los pacientes pediátricos cada vez que comenzamos una larga noche o nos turnamos. A veces preferimos quedarnos en casa o no estar de guardia en el hospital. Podemos rezar al Señor para que reduzca el número de pacientes enfermos de la UCIP o de urgencias. No nos gustan los accidentes ni los niños enfermos, pero, en cambio, podemos estar agradecidos y preparados para la oportunidad de ser la mejor opción disponible para atender a un niño, y están familiarizados con la parábola del buen samaritano que cuenta Jesús en el Evangelio de Lucas.

Lorena Acevedo 22:54

Daniel, ¿cómo puede un programa como Recep transformar la realidad actual de los profesionales sanitarios en la práctica clínica diaria?

Daniel Arturo Sandoval Castillo 23:04

Esa es una pregunta fantástica, porque Christie propone un cambio de perspectiva muy importante. Tradicionalmente, en el pasado, se ha prestado mucha atención a la resiliencia individual, pero no podemos depender únicamente del individuo, de su capacidad de adaptación. Tiene que haber responsabilidades de apoyo. Por eso no basta con el día a día. Se trata de construir una cultura en la que los profesionales puedan hablar de lo que sienten, procesar sus experiencias y encontrar apoyo dentro del equipo; podemos lograrlo mediante estrategias como la escucha activa y la reflexión estructurada y específica dentro del cuidado del cuidador. Eso es todo. Ese es nuestro pilar fundamental y, por supuesto, nuestro objetivo es crear condiciones en las que el equipo pueda soportar la carga emocional del cuidado. Siempre nos cuidamos unos a otros, implementamos estas intervenciones de apoyo, o lo hacemos con orientación profesional, y también promovemos actividades que nos ayudan a recargar energías, como reuniones, por ejemplo, momentos de ocio, oportunidades para conectar fuera del entorno clínico y la identificación temprana del riesgo emocional. Y esto tiene un impacto directo en los pacientes, porque cuando los cuidadores se sienten apoyados, están más presentes, más conectados y sienten que pueden proporcionar una atención de mayor calidad. Por eso, un sistema que cuida de sus cuidadores es un sistema que proporciona una mejor atención a sus pacientes.

Lorena Acevedo 24:37

Gracias, doctora, muchísimas gracias. Dr. Luis Moja y Teddy, al final de este podcast, ¿qué significa para vosotros cuidar de quienes cuidan?

Teresa Stegmann 24:52

Gracias, Lore. Creo que cuidar de nosotros mismos, así como crear un fuerte sentido de comunidad, apoyo y respeto dentro de nuestro equipo multidisciplinar, es esencial para nuestra capacidad de cuidar a nuestros pacientes, tanto física, cognitiva como emocionalmente.

Lorena Acevedo 25:13

Y Daniel, después de escuchar todo lo que hace tu programa Chris F, ¿crees que ese programa ha mejorado el bienestar en tu centro?

Daniel Arturo Sandoval Castillo 25:26

Sí, por supuesto, el bienestar se centra principalmente en sentirse comprendido y también simplemente en sentirse escuchado. Porque tenemos que hacerlo. Tenemos que recordar que lo más importante aquí es cuidar al cuidador, y para poder cuidar, tenemos que comunicarnos, tenemos que pensar, tenemos que dedicar muchos pensamientos introspectivos que nos ayuden a contribuir, a contribuir a los resultados de la pediatría. Es muy importante comunicarse y sentirse comprendido.

Lorena Acevedo 26:00

De acuerdo. Hoy hemos disfrutado de unos minutos estupendos escuchando a nuestros colegas, y podemos ver que cuidar de los cuidadores no es una acción aislada. Es una cultura. Y desde programas como Recep, compartidos por Daniel, hasta las sesiones informativas y de apoyo grupal destacadas por Terry, pasando por los espacios dedicados a la reflexión, la formación, la simulación y el apoyo espiritual, tal y como ha descrito el Dr. Luis, todos los esfuerzos se reducen a una única verdad: cuando cuidamos de quienes cuidan, sanamos no solo a nuestros equipos, sino también a los niños y a las familias que dependen de nosotros.

Muchas gracias. Y estas son las experiencias que América Latina quiere compartir con el mundo entero. Gracias.