



**Directora**

Angélica Mosqueda Díaz

*Doctora en Enfermería*

*Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso*

**Producción Editorial**

Paola Puebla Santibañez

*Mg. en Enfermería*

*Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso*

Cibeles González Nahuelquin

*Mg. en Enfermería*

*Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso*

**Corrección de Estilo**

Nicolás Fuster

*Doctor en Ciencias Sociales y de la de Comunicación*

*Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso*

**Diseño General**

María Cristina Baranlloni Lagos

**Diseño Portada**

Estudiante Camila Villagrán Cáceres

**Diseño Logo**

Estudiante Omar Vega Mueña

**Diseño Nombre**

Estudiante Victoria Caqueo Alvarez

**Dirección**

Angamos 655, Campus de la Salud, Reñaca

Viña del Mar, Chile

**Contacto**

Fono: 32-2603815 - 32-2603820

Email: revista.enfermeria@uv.cl

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

### **SOR CALLISTA ROY**

Doctora en Sociología  
Escuela de Enfermería William F. Connell  
Boston College, Estados Unidos

### **MARÍA CONSUL GIRIBET**

Doctora en Pedagogía  
Departamento de Enfermería  
Universidad Autónoma de Barcelona, España

### **JOSÉ SILES GONZÁLEZ**

Doctor en Historia  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Alicante, España.

### **DIANA ACHURY SALDAÑA**

Magister Enfermería Cardiovascular  
Facultad de Enfermería  
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

### **FRANCISCO GUZMÁN FACUNDO**

Doctor en Enfermería  
Facultad de Enfermería  
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

### **JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA**

Doctor en Ciencias de la Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Alicante, España

### **LETICIA CASIQUE CASIQUE**

Doctora en Enfermería  
Facultad de Enfermería y Obstetricia  
Universidad de Guanajuato, México

### **LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA**

Doctora en enfermería  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional, Colombia

### **JULIA MARICELA TORRES ESPERÓN**

Doctora en Ciencias de la Salud  
Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba

## COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

### **ALIDE SALAZAR MOLINA**

Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería,  
Universidad de Concepción

### **ANA MARÍA VÁSQUEZ AQUEVEQUE**

Doctora en Educación  
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

### **ESTERBINA OLIVARES VERGARA**

Magister en Docencia para la Educación Superior  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

### **EUGENIA URRA MEDINA**

Doctora en Filosofía de la Enfermería  
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

### **ISABEL SIEFER NAVAS**

Magister en Enfermería  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

### **LORENA BETTANCOURT ORTEGA**

Magister en Enfermería  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

### **MARÍA SOLEDAD RIVERA MARTÍNEZ**

Doctora en Filosofía de la Enfermería  
Escuela de Enfermería,  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### **MITZI LETELIER VALDIVIA**

Doctora ©en Ciencias de la Salud  
Escuela de Enfermería, Universidad de los Andes

### **PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ**

Doctora en Enfermería  
Departamento de Enfermería,  
Universidad Católica del Maule

### **CECILIA LANDMAN NAVARRO**

Doctora ©en Educación Mención Evaluación  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

# ÍNDICE DE ARTÍCULOS

## EDITORIAL

<b>Determinantes sociales y salud neoliberal: hacia una gestión individual del malestar social</b>	Nicolás Fuster Sánchez Hugo Sir Retamales	4
--	--	---

## ORIGINALES

<b>Factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares</b>	Lizet Veliz-Rojas Sara Mendoza-Parra Omar A. Barriga	8
<b>Deserción de la carrera de enfermería</b>	Jacqueline Lucía Ávalos Blaser María Graciela Flores Agüero Boris Paolo Moena González	21
<b>Experiencia de una madre con diagnóstico de VIH ante la imposibilidad de amamantar a su hija</b>	Nadia Andrea Godoy Alarcón	31

## REFLEXIÓN

<b>Como comunicamos las/os enfermeras/os: Una reflexión necesaria</b>	Cibeles González Nahuelquin	44
---	-----------------------------	----

## ESTUDIO DE CASO

<b>Diagnóstico de estrés por sobrecarga basado en el modelo conceptual de Imogene King</b>	Natalia Pérez Ortiz Vivian Vílchez-Barboza	55
<b>Cuidados de enfermería a un lactante con alteración del desarrollo psicomotor</b>	Camilo Guerrero-Nancuante Laura Bravo-Morales Lucy Armstrong-Barea Francisca González-Adonis	64

## HISTÓRICO

<b>Recuerdos, encantos y alegrías de los pasados días de la escuela de enfermería "Carlos Van Buren"</b>	Lorena Bettancourt Ortega Rudecindo de la Fuente	73
--	---	----

# Determinantes sociales y salud neoliberal: hacia una gestión individual del malestar social

## Autores:

**Nicolás Fuster Sánchez.** Profesor de Castellano, Doctor en Ciencias Sociales y de la Comunicación, Profesor Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso, Chile. E- Mail: nicolas.fuster@uv.cl

**Hugo Sir Retamales.** Sociólogo, Magíster en Ciencias Sociales, Académico de la carrera de Sociología de la Universidad Andrés Bello.

Hace ya varias décadas, el sociólogo norteamericano Talcott Parsons señalaba que la forma más efectiva para establecer el control social no guardaba directa relación con una presencia exuberante de aparatos coercitivos, sino más bien, lo fundamental para mantener las pautas culturales (otra forma de decir "el orden social") es su internalización y, por tanto, el autogobierno de los individuos (1). O dicho en los términos kantianos de Parsons: hacer que los individuos desearan ser aquello que debían ser. Para Bourdieu, es esta transformación de la "necesidad en virtud" uno de los elementos más perniciosos de lo que él llama "poder simbólico"(2), es decir, el poder que permite mantener el orden cultural establecido como "orden de los cuerpos". Aunque para Parsons eran la familia y la escuela las instituciones centrales para la mantención del orden social (1), hoy por hoy son los propios agentes los encargados de gestionar sus cuerpos y sus relaciones con el entorno social. En esta dirección, la intervención autoritaria y coercitiva sólo será requerida frente a

zonas de desvíos flagrantes que pongan en riesgo el autogobierno de los individuos.

Por otra parte, en sus análisis sobre el neoliberalismo, Foucault dará cuenta de la noción de gubernamentalidad para referirse, en parte, a una forma de gobierno "regulatoria" (3), es decir, a la gestión de zonas delimitadas de "libertad" donde los sujetos puedan hacer y desear todo lo que se debe hacer y desear. Ahora bien, lo anterior no parecería ante nuestra mirada como algo muy problemático en la medida de que hoy en día proliferan "estilos de vida" y nuevas formas de conducirse y de gestionar los cuerpos. Es en este sentido que para Rose y Miller las actuales formas de gestión de lo social operarían como una suerte de gobierno a distancia, es decir, la articulación no autoritaria de diversas entidades que promueven la "alineación entre la conducta económica, social y personal con los objetivos socio-políticos" (4). Se trata de una forma de gobierno centrada en la gestión de uno mismo que conmina a la manipulación del propio cuerpo, con el objetivo fundamen-



tal de describirse y entenderse (para uno mismo y para los otros) a través de una forma específica de comprender lo que es la salud. Se buscará, entonces, transitar desde la tradicional oposición normal/patológico hacia formas de "ser" y "hacer" (estilos de vida) que sean legítimas y deseables para los individuos.

En países como el nuestro, el foco de las políticas en el ámbito de la "asistencia social" está puesto en aquella población etiquetada como "vulnerable". Podríamos pensar, entonces, que la intervención se instala en donde peligra el autogobierno, en donde los cuerpos se salen de control, donde está en riesgo la "internalización de pautas de valor", a decir de Parsons. Esta posición de vulnerabilidad contiene en sí misma una paradoja: si bien hace posible la intervención del estado en el estilo de vida de quienes han sido objetivados de este modo, les conmina, a su vez, a gestionar individualmente la desigualdad estructural y las exigencias de la competitividad propias del neoliberalismo. O dicho de otra forma, releva los "estilos de vida" en tanto espacio intervenible, pero invisibiliza los determinantes de la salud generales e intermedios (globalización, desigualdades de clase, determinaciones de género, entre otros). En esta dirección, se hace necesario pensar la relación entre salud y sociedad más allá de los "determinantes sociales" propuestos por la Organización Mundial de la Salud (5), dada tanto la a-criticidad, inespecificidad y difusividad que adquiere el "entorno social" en esta perspectiva, como también el rasgo biomédico individualizante que regula su incorporación. Tal cuestión es fundamental, ya que se vincula directamente con la posición social de la biomedicina y su vínculo con los requerimientos del estado y del mercado (6). En este sentido, tanto la literatura especializada como la institucionalidad sanitaria reconocen una relativa incapacidad para hacer frente de manera satisfactoria a los nuevos

desafíos sanitarios, no tan sólo de los sistemas públicos de salud, sino del enfoque mismo de la biomedicina, ya que quedan en evidencia sus propios límites. Lo que se relaciona directamente con el modo en que el saber biomédico se presenta como una técnica de gestión del malestar, a saber: procesando problemas sociales de manera individual (4). Esto mirado explicaría las propuestas de modificación del modelo biomédico en distintos niveles, desde el desarrollo del enfoque "bio-psico-social", hasta la denominada "medicina integrativa" (7,8).

Por otra parte, se hace complejo adoptar una posición frente a los determinantes sociales propuestos por la OMS sin detenerse, previamente, en las especificidades que le imprimió a nuestro sistema de salud la instalación del neoliberalismo en Chile. En 1979 se da inicio al desmantelamiento de nuestro sistema nacional de salud con la creación de 27 servicios de salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), generándose de esta manera la descentralización sanitaria en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Posteriormente, un decreto traspasa en 1980 los Consultorios Primarios de Salud a los municipios generándose profundas desigualdades en la atención de los usuarios producto de las diferencias económicas inscritas en las estructuras de las municipalidades. Sin embargo, el avance más radical hacia la neoliberalización del sistema de salud se produce con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en 1981, lo que genera una caída sostenida del financiamiento del sistema público durante los años de la dictadura militar, pasando de un 3,3% en 1974, a menos de un 2% en 1990 (9). Recién el año 2008 el porcentaje del PIB reservado a la salud pública alcanza las cifras que tenía en 1974. Sin embargo, aunque el gasto en salud ha aumentado significativamente, incluso por encima de los países de la OCDE (un 7,3% del PIB), sigue

aún muy por debajo del promedio de los países de esta institución (9,3%), registrándose además desde el año 2013 un proceso de desaceleración (10). Este sistema de provisión mixta, fiel a la lógica de un estado subsidiario, ha generado desigualdades significativas entre las prestaciones y una presión sostenida sobre el sistema público, ya que ha tenido que lidiar con recursos cada vez más escasos y con un carácter universal que le obliga a recibir una cantidad significativamente superior de afiliados. Para el año 2011, más del 80% de los habitantes de Chile se encuentran afiliados o son beneficiarios de FONASA, mientras que solo un 13% lo es de una ISAPRE (11). El diagnóstico se agrava aún más si consideramos que el sistema privado gasta per cápita, exactamente, el doble que FONASA (9).

Estos números deben contrastarse también con la forma de financiamiento en salud. En la mayoría de los países pertenecientes a la OCDE, el gasto público en este ítem supera el 70% en promedio, con la excepción de Chile y Estados Unidos. Nuestro país apenas alcanza el 49% de gasto público, con una fuerte carga a los hogares que financian casi un tercio del costo, frente al promedio de los países de la OCDE que apenas llega al 20% (11). Esto implica una notoria individualización de la gestión de los problemas de salud y la correlativa liberalización de los mercados, como ya se mencionó. Por otra parte, la cantidad de profesionales de la salud también es notoriamente inferior a los demás países de la organización internacional, ubicando a Chile en el último lugar junto a Turquía en la cantidad de médicos, con 1,7 por cada 1000 habitantes, muy por debajo del 3.3 promedio OCDE en 2012 (ni siquiera alcanzando el promedio el año 2000 que fue de 2.7). Asimismo, en el caso de las enfermeras Chile alcanza un 4.2 por cada 1000 habitantes el año 2012, frente a un 8.8 promedio de los países miembros de la organización (11). Estas presiones y limitaciones estructurales

se traspan a los profesionales del campo de la salud pública chilena, imponiéndoles un modelo competitivo de mercado que instala la vida como otra mercancía más (12,13).

## Referencias bibliográficas

1. Parsons T. El Sistema Social. Madrid (España): Alianza editorial; 1999. 536p.
2. Bourdieu P. Meditaciones Pascalianas. Barcelona (España): Editorial Anagrama; 1999. 368p.
3. Foucault M. Seguridad, territorio, población. Curso del Collège de France (1977-1978). Madrid (España): Ediciones Akal; 2008. 416p.
4. Miller P, Rose N. Governing the present. Administering Economic, Social and Personal Life. Cambridge (England): Polity Press; 2008. 272p.
5. Comisión de determinantes sociales, Organización Mundial de la Salud (OMS) Subsanan las desigualdades en una generación [en línea]. OMS; 2008 [acceso 15 mar 2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?ua](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?ua)
6. Foucault M. La vida de los hombres infames. Buenos Aires (Argentina): Editorial Altamira. 1996. 220p.
7. Arias K La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: Resituando a los adultos mayores. Perspectivas. 2007; XII (18): 159-71.
8. Willis E. Introduction: Taking stock of medical dominance. Health Sociol Rev.2006; 15: 421-31.
9. Sepúlveda C. El sistema de salud chileno. Santiago (Chile): Editorial Aún Creemos en los Sueños; 2010.
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) Estadísticas de la

OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación. [en línea]. OCDE; 2014 [acceso 22 abr 2017]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>

11. Ministerio de Desarrollo Social de Chile (MDS). Informe de política social 2012. [en línea]. MDS; 2012 [acceso 05 nov 2013]. Disponible en: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos-2012/media/ijos\\_2012\\_pp\\_94-125.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos-2012/media/ijos_2012_pp_94-125.pdf)

12. Rose N. Políticas de la vida en sí. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Buenos Aires (Argentina): UNIPE Editorial Universitaria; 2012. 548p.

13. Fuster N. El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile. Santiago (Chile): Ceibo Editores; 2013. 187p.



# Factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares

## Autores:

**Lizet Veliz-Rojas.** Enfermera, Doctora en enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de La Serena, Chile. E-mail: lizhel@hotmai.com

**Sara Mendoza-Parra.** Enfermera, Doctora en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

**Omar A. Barriga.** PhD Sociología, Departamento de Sociología y Antropología, Universidad de Concepción, Chile.

\* Estudio que forma parte de la tesis "Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes de control integral de enfermedades cardiovasculares", Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

## › Resumen

**Introducción.** El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares en las personas pertenecientes al programa de salud cardiovascular de atención primaria de la comuna de San Pedro de la Paz, Chile. **Material y Método.** Estudio cuantitativo, transversal, correlacional y explicativo (n=257), los instrumentos utilizados fueron un cuestionario elaborado para este estudio, Escala de Conductas en Salud de Miller y revisión de la ficha clínica. Los datos fueron procesados en SPSS versión 15.0. Se utilizaron estadísticos univariados, pruebas paramétricas y no paramétricas, y análisis de regresión logística binaria. **Resultados.** Cinco variables fueron predictores del control integral de las enfermedades cardiovasculares: adherencia terapéutica (p=0,00), edad (p=0,00), automedicación con plantas medicinales para controlar la enfermedad (p=0,02), trabajo remunerado (p=0,00) y el número de enfermedades cardiovasculares (p=0,00). **Conclusión.** Estos resultados ilustran como valorar las prácticas y conductas en salud, tal como la adherencia terapéutica, la automedicación y los determinantes sociales de la salud como el trabajo remunerado, utilizándolos para el diseño de estrategias y tratamientos más integrales para el control de las enfermedades cardiovasculares.

› **Palabras clave:** Enfermedades cardiovasculares, atención primaria de salud, terapia, automedicación (DeCS).

# Factors that influence the integral control of cardiovascular diseases

## › Abstract

**Introduction.** The objective of this research was to identify the factors that influence integral control of cardiovascular diseases in people belonging to the cardiovascular health program of Primary Care in the community of San Pedro de la Paz, Chile. **Material and Method.** Quantitative, transversal, correlational and explanatory study (n = 257), the instruments included was a questionnaire developed for this study, Health Behaviors Scale Miller and review of the clinical records. Data were processed in SPSS version 15.0. We used Univariate statistics, parametric and non-parametric tests and binary logistic regression analysis. **Results.** Five variables were predictors of integral control of cardiovascular diseases: therapeutic adherence (p =0,00), age (p =0,00), self-medication with medicinal plants to control the disease (p =0,02), paid work (p =0,00) and the number of cardiovascular diseases (p =0,00). **Conclusion.** This results illustrate how to value the practices and health behaviors such as adherence, self-medication and the social determinants of health, such as paid work in designing strategies and holistic treatments for the control of cardiovascular diseases.

› **Keywords:** cardiovascular diseases, primary health care, therapy, self-medication (MeSH).

## › Introducción

En la actualidad las patologías cardiovasculares representan la primera causa de muerte prematura y discapacidades a nivel mundial (1,2). Entre los principales factores de riesgo cardiovascular encontramos un fuerte incremento de la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipidemias (3). A pesar de la alta tecnología y la disponibilidad de tratamientos eficaces para manejar y controlar estas enfermedades, los países desarrollados y en vías de desarrollo muestran un pobre control sobre ellas (4-10).

Chile no es ajeno a esta realidad, así las autoridades sanitarias han considerado esta situación cómo alarmante, por lo que el Ministerio de Salud ha establecido diversas medidas para mejorar el control de estas enfermedades. Entre las principales estrategias se encuentran el desarrollo de metas sanitarias orientadas a mejorar el control de la DM2 e HTA y la incorporación de las garantías explícitas en Salud (GES), que favorecen la pesquisa oportuna, el acceso a los servicios de salud y la entrega de medicamentos (11). A pesar de todas las medidas implementadas, el control de estas enfermedades aún sigue siendo bajo (7).

La literatura señala que existen algunas conductas que podrían ser determinantes en el control de estas enfermedades. Por un lado, se ha descrito que la adherencia terapéutica es una conducta clave para mejorar el bienestar y que favorecería el control de las enfermedades cardiovasculares, aunque se ha estimado que un 80% de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles no cumple con las indicaciones otorgadas por el equipo de salud (12). Por otro lado, se ha señalado que la automedicación es un factor de riesgo para las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, debido a los potenciales efectos que podrían ocasionar los medicamentos sin indicación

médica sobre el estado de salud de estas personas (13). Estos antecedentes hacen plantearse la inquietud acerca de si la práctica de automedicación constituiría una barrera en el control de la enfermedad crónica. La automedicación se observa de manera muy frecuente en la cotidianidad de la atención primaria, pero ha sido poco abordada en los usuarios que requieren tratamientos prolongados y permanentes, menos aún su relación con el control de los principales factores de riesgo cardiovasculares (HTA, DM2, Dislipidemia).

Conocer sobre conductas modificables que pueden ser determinantes en el control de las enfermedades cardiovasculares permitiría desarrollar estrategias en los cuidados de enfermería que favorezcan tanto el control de la enfermedad como los indicadores sanitarios. Por lo expuesto, el objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares (HTA, DM2 y dislipidemia) a través de un modelo de variables construido por fenómenos cómo la automedicación, adherencia terapéutica, factores sociodemográficos y condición de salud, en las personas pertenecientes a los centros de salud familiar de atención primaria de la comuna de San Pedro de la Paz, región del Bío-Bío, Chile.

## › Material y método

Estudio es de abordaje cuantitativo, transversal, correlacional y explicativo. La unidad de análisis fueron adultos entre 18 a 60 años con diagnóstico de HTA, DM2 y/o dislipidemia, pertenecientes a los centros de salud familiar de atención primaria de la comuna de San Pedro de La Paz. Los criterios de inclusión fueron personas con indicación de terapia farmacológica y exámenes de hemoglobina glicosilada y perfil lipídico vigentes, es decir, que no tengan más de un año al momento de la apli-

cación del cuestionario. Los criterios de exclusión fueron personas con antecedentes de otras enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo, cáncer, artrosis, hiper o hipotiroidismo, epilepsia, asma, entre otros y que tuviesen deterioro cognitivo, sensorial, funcional, estado de salud grave y/o problemas de salud mental que no puedan responder las preguntas del cuestionario.

De la población (N= 2999), sólo 804 personas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontró que más del 60% eran mujeres, considerando esta realidad se decidió realizar un diseño estratificado por sexo. Se seleccionaron una de cada cuatro mujeres y uno de cada dos hombres hasta lograr una muestra de 257 personas (IC: 95%; ee: 0,05)

#### **Variables e instrumentos:**

a) Cuestionario de caracterización aplicado en el domicilio del participante, que permitió recolectar los siguientes datos: edad, sexo, años de estudio formal, trabajo remunerado, tipo de familia, consumo de tabaco, práctica de ejercicio físico, diagnóstico médico, automedicación, tipo de producto medicinal para automedicación y razones de automedicación. También se midió la presión arterial (PA) con técnica estandarizada establecida por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), es decir, con método auscultatorio utilizando un esfigmomanómetro de mercurio (14).

b) Escala de Conductas en salud de Miller (ECS) que se utilizó para medir la adherencia terapéutica. Contiene cinco sub-escalas: seguimiento de la dieta, limitación del consumo de tabaco, seguimiento de las actividades prescritas, toma de medicamentos y manejo del estrés, que indagan sobre la adherencia en el ámbito del hogar, trabajo, actividades recreativas y sociales (15,16). La ECS está compuesta por dos partes: la parte A, dirigida

a medir directamente la conducta de adherencia y la parte B, que se aplicó en forma independiente a un miembro de la familia que era significativo para el paciente, esta parte se aplicó con el propósito de validar las respuestas del paciente al régimen terapéutico.

c) Revisión de ficha clínica para obtener los siguientes datos: diagnóstico médico, número de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas, complicaciones a causa de la enfermedad cardiovascular, tales como infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, retinopatía diabética, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial refractaria, entre otras, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC), riesgo cardiovascular (RCV) que se determinó a partir de las tablas de estimación de riesgo coronario adaptadas a la población chilena, basadas en la ecuación de Framingham para la evaluación del RCV (17), años en el programa de salud cardiovascular, años de enfermedad, último registro de PA, valor de hemoglobina glicosilada y perfil lipídico. Los exámenes sanguíneos no debían tener más de un año, considerando que el programa de salud cardiovascular en atención primaria en Chile establece una exigencia mínima de un perfil lipídico anual y una hemoglobina glicosilada semestral cuando el paciente se encuentra controlado. Los exámenes fueron analizados en un mismo laboratorio. Para determinar la variable conocimiento del diagnóstico médico, se realizó una comparación entre el diagnóstico médico referido por el paciente en el cuestionario y el diagnóstico médico registrado en la ficha clínica.

Para conocer el control y/o no control de las enfermedades cardiovasculares, se consideró lo siguiente:

- Control de la HTA: valor de la media entre el último valor de la PA registrada en la ficha clínica

nica y valor de PA medida en domicilio. Se clasificó como HTA controlada cuando los valores de PA eran menores a 140/90 mmHg en personas con RCV bajo, moderado y alto, y valores menores a 130/80 mmHg en RCV muy alto y/o con DM2 (14).

- Control de la DM2: valor de la media entre las dos últimas mediciones de hemoglobina glicosilada registrada en la ficha clínica. Se clasificó DM2 controlada cuando la hemoglobina glicosilada era menor a 7% (18).
- Control de la dislipidemia: Se consideró el último valor de colesterol HDL, LDL y triglicéridos registrado en la ficha clínica. Se clasificó dislipidemia controlada cuando los valores de triglicéridos eran menores a 150 mg/dl, valores de colesterol HDL fueron mayores a 40 mg/dl y valores de colesterol LDL menor a 160mg/dl con RCV bajo, colesterol LDL menor a 130mg/dl si presentaba un RCV moderado y menor a 100mg/dl si tenía un RCV alto o muy alto (19).
- Se incorporó en este estudio el concepto de control integral que se definió como el control de todas las enfermedades cardiovasculares que tiene el participante acorde a las definiciones anteriores. En el caso de que el participante tuviese más de una de las enfermedades mencionadas en estudio, es decir, HTA, DM2 y dislipidemia, debía tener cada una de ellas controladas para clasificarlo como paciente controlado.

Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora principal y cuatro encuestadoras licenciadas en enfermería previamente capacitadas.

#### **Prueba piloto:**

Se aplicó la parte A de la ECS a pacientes con enfermedades cardiovasculares (n=208) y la parte B a un familiar significativo (n=208). Los coeficientes de correlación de Pearson entre la parte A y la B,

indicaron relaciones significativas entre las respuestas de los participantes y las respuestas del familiar en todas las sub escalas: dieta ( $r^2=0,73$ ), limitar el consumo de tabaco ( $r^2= 0,72$ ), seguir las actividades prescritas ( $r^2= 0,79$ ), toma de medicamentos ( $r^2=0,73$ ), y manejo del estrés ( $r^2=0,72$ ). Lo anterior señala que las respuestas de la parte A y de la B son similares en materia de adherencia. Por tanto, se decidió aplicar solamente la parte A en este estudio. Se obtuvieron los siguientes valores de Alfa de Cronbach para las subescalas: 0,93 para “seguimiento de la dieta”, 0,98 para “limitación en el consumo de tabaco”, 0,74 para “seguimiento de las actividades prescritas”, 0,88 para el “seguimiento del tratamiento con medicamentos” y 0,77 para “seguimiento en el manejo del estrés.

#### **Análisis de los resultados:**

Se utilizó análisis descriptivo univariante, medidas de tendencia central, de dispersión, análisis bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas, y regresión logística binaria apoyado por el Software SPSS 15.0.

#### **Consideraciones Éticas:**

Los participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue evaluado y autorizado por un comité de ética de la Universidad de Concepción, Chile.

## › **Resultados**

#### **Perfil de la muestra:**

Del total de participantes, 100 (38,9%) fueron hombres y 157 (61,1%) mujeres. Respecto a las variables en estudio, las tablas 1 y 2 muestran la distribución y los valores medios encontrados en la muestra.



**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIÓN DE SALUD DE LOS PARTICIPANTES**

Dimensión	Variable		f	%
<b>Sociodemográficas</b>	Trabajo remunerado	si	141	54,9
		no	116	45,1
	Tipo de familia	nuclear	175	68,1
		extensa	73	28,4
		unipersonal	9	3,5
<b>Condición de salud</b>	Consumo de tabaco	si	57	22,2
		no	200	77,8
	Ejercicio físico	si	40	15,6
		no	217	84,4
	Conocimiento del diagnóstico médico	si	192	74,7
		no	65	25,3
	Complicaciones	si	24	9,3
		no	233	90,7
	Número de enfermedades CV	1 enfermedad	89	34,6
		2 enfermedades	108	42,0
3 enfermedades		60	23,4	

n=257

**TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDICIÓN DE SALUD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PARTICIPANTES**

Dimensión	Variable	n	Media	D.E.	Mínima	Máxima
<b>Sociodemográficas</b>	Edad (años)	257	50,4	8,0	18	60
	Educación formal (años)	257	8,5	3,0	0	17
<b>Condición de salud</b>	IMC	257	31,7	5,3	19,4	54,4
	CC (cm)	257	102,2	12,1	70	169
	RCV (%)	257	9,3	4,2	3	20
	Años con HTA	195*	8,7	6,7	1	30
	Años con DM2	124*	7,5	6,7	1	28
	Años con dislipidemia	166*	4,8	4,3	1	28
	Años en el PSCV	257	6,6	4,0	2	28
<b>Adherencia terapéutica (ECS de Miller)</b>	Escala Global	257	3,3	0,7	1,4	5
	Seguir la dieta prescrita	257	3,1	1,1	1	5
	Limitar el consumo de tabaco	57*	3,2	1,0	1	5
	Seguir las actividades prescritas	257	3,0	1,2	1	5
	Tomar los medicamentos	257	3,1	1,5	1	5
	Manejo del estrés	257	4,1	1,0	1	5

\*Considera sólo a los participantes que cumplían con la condición.

Como muestra la tabla 2, se encontró una baja adherencia terapéutica entre los participantes ya que sólo 4 (1,5%) obtuvieron el puntaje máximo, es decir, que siempre siguen las indicaciones entregadas por el equipo de salud. Más de la mitad de la muestra (73,54%) indicó que nunca, casi nunca o sólo a veces seguían las indicaciones.

Con respecto a la automedicación, 253 (98,7%) participantes consumieron algún producto medicinal, sin indicación del equipo sanitario, para mantener o recuperar su estado de salud. Entre los que se automedicaban, 223 (86,8%) consumieron plantas medicinales y 218 (84,8%) utilizaron medicamentos. Se destaca que el 52,9% de los participan-

tes que se automedicaban, lo hacían para tratar o controlar la diabetes, hipertensión y el colesterol elevado, lo más utilizado para tal efecto fueron las plantas medicinales.

Respecto al control de la DM2, se había considerado inicialmente calcular la media entre los dos últimos valores de A1c registrados en la ficha clínica del paciente, pero en la revisión de ficha clínica se encontró que del total de pacientes diabéticos (n=124), sólo el 32,26% tenían más de un valor de A1c registrado en la ficha clínica. Lo anterior, determinó que para este estudio se considerara solamente el valor de A1c más reciente del participante.

**TABLA 3.** CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Factor de riesgo cardiovascular	n	Control	f	%
HTA	195	Controlada	76	39
		no controlada	119	61
DM2	124	Controlada	54	43,5
		no controlada	70	56,5
Dislipidemia	166	Controlada	39	23,6
		no controlada	127	76,4
"Integral"	257	Controlada	58	22,6
		no controlada	199	77,4

Como señala la tabla 3, tanto el control de las enfermedades cardiovasculares como el control integral, fueron bajos en la muestra.

#### **Factores que influyen en el control de enfermedades cardiovasculares:**

El control integral se asoció significativamente con la adherencia terapéutica ( $t = -1,97$ ;  $p = 0,04$ ), edad (U. Mann-Whitney: 41,47,0;  $p = 0,00$ ), el trabajo remunerado ( $\chi^2 = 4,18$ ;  $p = 0,04$ ), la CC ( $t = 2,42$ ;  $p = 0,01$ ), y con el RCV (U. Mann-Whitney: 2866,0;  $p = 0,00$ ).

Se encontró que las variables sexo ( $\chi^2 = 7,5$ ;  $p = 0,00$ ),

edad (U. Mann-Whitney: 3550,000;  $p = 0,01$ ), trabajo remunerado ( $\chi^2 = 5,738$ ;  $p = 0,01$ ), número de enfermedades ( $\chi^2 = 13,72$ ;  $p = 0,01$ ), CC ( $t = 2,34$ ;  $p = 0,02$ ), RCV (U. Mann-Whitney: 2364,000;  $p = 0,00$ ) y la sub-escala seguimiento a la dieta de la ECS ( $t = -2,22$ ;  $p = 0,03$ ) se asociaron significativamente al control de la HTA.

Respecto a la DM2, existió una asociación significativa entre el control de esta enfermedad con los años en el programa de salud cardiovascular (U. Mann-Whitney: 1456,500;  $p = 0,02$ ) y los años de enfermedad (U. Mann-Whitney: 1166,000;  $p = 0,00$ ).

El control de la dislipidemia tuvo una asocia-

ción significativa con el trabajo remunerado ( $\chi^2$ : 3,97;  $p=0,04$ ) y el RCV (U. Mann-Whitney: 1579,500;  $p=0,00$ ).

### Modelo de variables del control integral de la enfermedad cardiovascular:

Se incorporaron 13 variables en la construcción del modelo: ECS de Miller, uso de plantas medicinales para control de la enfermedad cardiovascu-

lar (dummy), uso de medicamentos no indicados para el control de la enfermedad cardiovascular (dummy), sexo, edad, escolaridad, tipo de familia nuclear (dummy), tipo de familia extensa (dummy), años en el PSCV, CC, número de enfermedades, conocimiento del diagnóstico médico y hábito tabáquico. El número de casos introducidos al modelo fueron 249 participantes, este número implica la eliminación de casos residuales.

**TABLA 4.** MODELO PREDICTOR DEL CONTROL INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Variables (paso 7)	B	E.T	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	IC 95% para EXP (B)	
							Inf.	Sup.
<b>ECS de Miller global</b>	0,839	0,260	10,439	1	0,001	2,313	1,391	3,848
<b>Edad<sup>a</sup></b>	-0,064	0,023	7,995	1	0,005	0,938	0,897	0,981
<b>Utilización plantas medicinales para tratar la enfermedad cardiovascular</b>	-0,887	0,395	5,052	1	0,025	0,412	0,190	0,893
<b>Trabajo remunerado</b>	1,034	0,385	7,215	1	0,007	2,811	1,322	5,976
<b>Número de enfermedades cardiovasculares</b>	-1,492	0,312	22,919	1	0,000	0,225	0,122	0,414
<b>Constante</b>	0,429	1,285	0,111	1	0,739	1,535		

<sup>a</sup> Edad no se distribuyó normalmente, por lo tanto, se ajustó con la escala de Tukey. Se realizó el análisis de regresión logística con el término cuadrático de edad, pero su interpretación fue compleja. Considerando que no existieron diferencias significativas en el modelo entre el uso de la variable edad y cuadrático de edad, se decidió dejar en el modelo la variable edad sin ajustes de simetría.

Como se puede observar en la tabla 4, se obtuvieron 7 pasos con un total de 10 iteraciones. Del total, 5 variables fueron predictores del control integral de la enfermedad cardiovascular: ECS de Miller global, edad, uso de plantas medicinales para control de la enfermedad cardiovascular, trabajo remunerado y número de enfermedades. Se encontró que:

- La conducta de adherencia, medida a través de la escala global de ECS de Miller, aumenta la probabilidad de tener controlada la enfermedad en 2,31 veces.
- El trabajo remunerado aumenta las posibilidades de tener controlada la enfermedad cardiovascular en 2,81 veces.
- La edad, aumenta la probabilidad de no tener controlada la enfermedad en 0,93 veces.
- El uso de plantas medicinales para el control de la enfermedad cardiovascular aumenta la probabilidad de no tener controlada la enfermedad en 0,41 veces.
- El número de enfermedades, aumenta la posibilidad de no tener controlada la enfermedad en 0,23 veces.

La construcción de modelos que explicaran el control de las enfermedades cardiovasculares por separado, es decir, HTA, DM2 y dislipidemia no fueron significativos. La clasificación correcta de los casos fue menor al 80% y las pruebas de bondad de ajuste no fueron aceptables para las patologías cardiovasculares en estudio, por lo tanto, no se logró desarrollar un modelo que explicara estas enfermedades.

## › **Discusión**

El control integral de las enfermedades cardiovasculares, en cuanto aspecto biológico, es ponderable en términos de parámetros clínicos y metabólicos, tales como los valores de PA, A1c y perfil lipídico, pero también tienen un componente fuertemente sociocultural constituido por una serie de factores asociados a las conductas y prácticas de los pacientes y a los determinantes sociales de la salud, que se entrelazan con el tratamiento para conformar los resultados en salud. Los resultados de este estudio son una ilustración de como valorar las prácticas y conductas en salud, tal como la adherencia terapéutica, la automedicación y los determinantes sociales de la salud, como el trabajo remunerado, en el diseño de estrategias y cuidados de enfermería más integrales y holísticos en el control de las enfermedades cardiovasculares.

Con respecto a la adherencia terapéutica, diversos estudios dan cuenta de la influencia de esta conducta en control de estas enfermedades (20-22). Se debe tomar en cuenta que, la adherencia terapéutica responde a un comportamiento humano, y como tal, está sujeto a influencias del ambiente social en que vive la persona y a las características personales que pueden determinar la forma de enfrentar la enfermedad. Estos aspectos dificultan conocer la adherencia terapéutica, ya que es un proceso dinámico que puede ir cambiando acorde

a lo vivenciado por cada individuo. A pesar de lo anterior, la medición de la adherencia se considera un aspecto relevante para la salud pública (12) y, por lo tanto, se requiere de su evaluación en forma continua. Una limitación de la Escala de Conductas en Salud de Miller, es que los enunciados exigen ciertas condiciones, tales como fumar, trabajar, participar en actividades recreativas o sociales, y no todas las personas de la muestra presentaron esas condiciones, por tanto, un grupo importante quedó sin contestar todos los ítems de la Escala. La estandarización de los puntajes permitió efectuar comparaciones y analizar los resultados de la muestra. Esta situación hace que esta escala sea difícil de aplicar en el cotidiano del trabajo en los equipos de salud de atención primaria. A pesar de lo anterior, una de las ventajas de la ECS, es que permite indagar sobre las conductas de adherencia en todos los escenarios en que se desenvuelve la vida de las personas, lo que favorece la detección en forma adecuada la no adherencia (16).

Con relación al trabajo remunerado, autores señalan que el trabajo es una actividad fundamental para las personas, porque permite satisfacer diversas necesidades y desarrollar capacidades físicas y mentales (23), de manera que no se puede dejar de considerar cómo el trabajo influye en la salud de las personas. Se sabe que el trabajo está ligado a las condiciones de vida, y que esta unidad dialéctica puede influir en los perfiles de salud y enfermedad de una comunidad (23). En este sentido, se puede decir que tener trabajo remunerado, permitiría a las personas acceder a mejores condiciones de vida, y en el caso de padecer una enfermedad crónica, favorecería, por un lado, acceder a los tratamientos, tales como una dieta específica, recreación y actividad física y, por otro lado, el trabajo entrega otros elementos que pueden favorecer la salud, tales como las redes de apoyo,

mejorar la autoestima, sentirse socialmente útil y el desarrollo personal. No obstante, también se ha descrito que las condiciones de trabajo pueden afectar la salud de las personas. Así, inadecuadas condiciones de trabajo, tales como, inestabilidad laboral, higiene y seguridad laboral deficientes, largas jornadas laborales y bajas remuneraciones, pueden afectar negativamente a las personas originando estrés, dificultad de acceder a servicios para satisfacer sus necesidades básicas y accidentes laborales (23), y por lo tanto pueden desencadenar enfermedades. Es importante recordar que la media de los años de educación formal fue baja en la muestra, lo cual indica que el tipo de trabajo que pueden acceder los participantes podría ser de más bajas condiciones respecto al tipo de trabajo que acceden las personas un nivel educacional más alto. Al respecto, surge la necesidad de estudiar esta temática en una muestra más amplia, que incluya a pacientes que se atienden en el sistema de salud privado, y conocer si las condiciones laborales y otros determinantes sociales de la salud ligados al trabajo, influirían en el control de las enfermedades cardiovasculares, lo que se propone para futuras investigaciones. Resulta relevante encontrar que el trabajo, considerado un indicador complementario en las mediciones de las desigualdades en salud (24), afecta el control integral de las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, enfermería no debe quedar ajeno a este fenómeno al momento de entregar las indicaciones y prestaciones de salud.

Respecto a la posibilidad de no tener controlada la enfermedad en función a los años de edad, parece ser explicada por diversos factores que se ven desfavorecidos por el paso de los años, tales como: desarrollo de complicaciones y comorbilidades, que da curso a la polifarmacia, cambios fisiológicos, que dificultan el ajuste del tratamiento farmacológico, mayor tiempo de enfermedad y el

aumento de la percepción de barreras en el seguimiento del tratamiento, especialmente las relacionadas con los cambios en los estilos de vida. La muestra de este estudio se conformó entre los 18 a 60 años de edad, concentrándose entre los 40 a 60 años. Lo anterior, indica que en la etapa “adulto maduro” existe una mayor posibilidad de no tener controlada integralmente la enfermedad cardiovascular, similar a un estudio realizado en Estados Unidos, que reportó que la edad entre 40 a 60 años se asociaba a un peor control de la diabetes (25). De acuerdo al ciclo vital individual, entre los 40 y 60 años, se desarrolla la capacidad de generatividad y de poder cuidar de los demás (26), lo cual podría indicar que en esta etapa de la vida existe una mayor preocupación hacia los otros miembros de la familia, lo que podría disminuir el propio cuidado. Asimismo, en esta etapa de la vida, el ciclo vital familiar, se caracteriza por diversas crisis normativas relevantes (26), es probable que estas crisis normativas requieran de mayor atención por parte de los pacientes y se despreocupen de su enfermedad, especialmente si esta es asintomática, silenciosa y no le ocasiona problemas para seguir con su vida diaria. En este sentido, tanto los factores intrínsecos que se producen a medida que aumenta la edad, como las características del ciclo vital individual y familiar que se vivencian en la etapa de adulto maduro, podrían influir en el no control de la enfermedad cardiovascular.

Llama la atención la alta utilización de plantas medicinales para tratar la enfermedad cardiovascular por parte de la muestra, los hallazgos de este estudio podrían plantear esta práctica como de protección contra el uso excesivo y prolongado de medicamentos indicados para las enfermedades cardiovasculares. Esta conducta habitualmente es omitida y no informada a los profesionales de la salud, quienes probablemente indicarán un



tratamiento que no será efectivo. Por este motivo es importante realizar y establecer un plan terapéutico sobre la base de las diversas formas de cuidado que tienen las personas, especialmente porque el uso de plantas medicinales influyó negativamente en el control de las enfermedades en estudio.

En este estudio se encontraron las siguientes limitaciones:

a) la muestra corresponde a personas de un sector urbano, que se atienden en el primer nivel de atención del sistema público de salud, lo que significa que en las comunas rurales y/o el sector privado en salud, podrían mostrar un patrón diferente en los resultados respecto a los fenómenos en estudio.

b) la medición de conductas y prácticas en las personas son un proceso dinámico que varía acorde a las vivencias de las personas y del contexto social. Por lo tanto, un estudio transversal nos entrega sólo una mirada específica en el tiempo.

c) el bajo registro de valores de exámenes de A1c, determinó que se considerara sólo el valor más reciente, dificultando la obtención de la media de estos exámenes. La medición del control en un solo punto del tiempo no es lo óptimo, ya que los resultados, especialmente el metabólico, son variables y dinámicos en el tiempo.

Se sugiere a futuro, indagar en una muestra de hipertensos, diabéticos y dislipidémicos más amplia, para desarrollar un modelo de control de estas enfermedades por separado.

## ► Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de salud (OPS). Modelo de atención en enfermedades crónicas. [Internet]. [Citado 03 de octubre 2012]. Disponible en: [http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com\\_docman&Itemid=137&limitstart=14](http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman&Itemid=137&limitstart=14)
2. Organización Mundial de la salud (OMS). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de informes técnicos 916 [en línea]. 2003 [acceso 11 oct 2012]. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>
3. Organización Panamericana de Salud (OPS). Enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Construyamos un futuro más saludable. Washington, D.C: OPS. 2011.
4. Statistic Canada. Result Canadian Health Measure Survey (CHMS) [en línea]. 2007-2009 [acceso 11 oct 2012]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/dicndss-dacsnsd-04-05/images/tab2.gif>
5. Wagner A, Sadoun A, Dallongeville J, Ferrières J, Amouyel P, Ruidavets JB, et al. High blood pressure prevalence and control in a middle-aged French population and their associated factors: the MONA LISA study. *J Hypertens.* 2011; 29(1): 43-50.
6. Tocci G, Rosei EA, Ambrosioni E, Borghi C, Ferri C, Ferrucci A, et al. Blood pressure control in Italy: analysis of clinical data from 2005-2011 survey on hypertension. *J Hypertens.* 2012; 30 (6): 1065-74.
7. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Departamento de epidemiología. Encuesta nacional de Salud 2009-2010 [en línea]. [acceso 02 sept 2012]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/>
8. Fort Z, Portos A, Castro M, Piñeyro C, Ciganda C, Bermúdez Y, et al. Factores de riesgo cardiovascular en 74.420 solicitantes de carné de salud.

Rev. Urug Cardiol. 2012; 27: 150-61.

9. Marín M J, Fábregues G, Rodríguez P D, Díaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial: Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENA-TA. Rev. Argent Cardiol. 2012; 80(2): 121-9.

10. Silva H, Hernández-Hernández R, Vinueza R, Velasco M, Boissonnet CP, Escobedo J, et al. Cardiovascular risk awareness, treatment, and control in urban Latin America. Am J Therapeutics. 2010; 17: 159-66.

11. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [en línea]. 2011 [acceso 04 oct 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a-830ace0400101650115af.pdf>

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington D.C; OMS. 2004.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. Ginebra [en línea]. 2000 [acceso 12 oct 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>

14. Ministerio de salud (MINSAL). Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más [en línea]. 2010 [acceso 23 oct 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>

15. Miller P, Wikoff R, Garrett MJ, McMahon M, Smith T. Regimen compliance two years after myocardial infarction. Nurse research. 1990; 39(6): 333-6

16. Mendoza S, Muñoz M, Merino JM, Barriga

OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile. 2006;134(1):65-71.

17. Icaza G, Núñez L, Marrugat J, Mujica V, Escobar M, Jiménez A, et al. Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función de Framingham adaptada para la población chilena. Rev. Méd Chile. 2009; 137: 1273-82.

18. Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Guía clínica diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. 2010 [acceso 05 oct 2012]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/diabetesGes.pdf>

19. Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Departamento enfermedades no transmisibles. Implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular [en línea]. 2010 [acceso 04 oct 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/787e4765248b-c9e0e04001011f0172b5.pdf>

20. Kahattab M, Khader YS, Al-Khawaldeh A, Ajlouni K. Factors associated with for glycemic control among patients with type 2 diabetes. Journal of diabetes and its complications. 2010; 24 (1): 84-9.

21. Alfonso Godoy K, Achiong Estupiñan F, Achiong Alemañy F, Achiong Alemañy F, Fernández Alfonso J, Delgado Pérez L. Factores asociados al hipertenso no controlado. Rev Méd Electrón [en línea]. 2011 [acceso 21 dic 2012]; 33(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema04.htm>

22. Figueroa L, Gamarra G. Factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular. Acta Médica Colombiana. 2013; 38 (4): 213-21

23. Escalona E. Relación salud-trabajo y desa-

rollo social: visión particular de los trabajadores de la educación. Rev Cubana Salud Pública. [en línea]. 2006 [acceso 21 dic 2012]; 32 (1). Disponible en: [www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu12106.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu12106.pdf)

24. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Rev Cubana Salud Pública. [en línea]. 2011; [acceso 21 dic 2012]; 37(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200017&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200017&Ing=es).

25. Kollannoor G, Chhabra J, Fernandez M, Vega S, Segura S, Damio G, et al. Determinants of fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin among low income Latinos with poorly controlled type 2 diabetes. J Inmigr Minor Health. 2011; 13 (5): 809-17.

26. Mancilla C. El médico de familia y la salud familiar. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso-Editorial. 2005.

# Deserción de la carrera de enfermería

## Autores:

**Jacqueline Lucía Ávalos Blaser.** Enfermera, Docente Escuela Enfermería sede Viña del Mar, Universidad Santo Tomás, Chile.  
javalosb@santotomas.cl

**María Graciela Flores Agüero.** Enfermera. docente Escuela Enfermería sede Viña del Mar, Universidad Santo Tomás, Chile.  
mfloresa@santotomas.cl

**Boris Paolo Moena González.** Nutricionista docente Escuela Enfermería, sede Viña del Mar, Universidad Santo Tomás, Chile.  
borismoenago@santotomas.cl

*\* Investigación realizada para la obtención de grado de Magister en Educación, mención diseño curricular basado en competencias, dictado por la Escuela de Educación de la Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar.*

## › Resumen

**Introducción.** La deserción académica en el ámbito universitario, es un problema que enfrentan las instituciones de educación superior, se presenta a nivel nacional como internacionalmente y en establecimientos públicos como privados. Por ello, el objetivo de esta investigación fue identificar la tasa de deserción en los estudiantes de la carrera de Enfermería entre los años 2004 – 2012 de la Universidad Santo Tomás sede Viña del Mar. **Material y Método.** Estudio descriptivo, que incorporó a toda la población de estudiantes de la carrera de Enfermería que desertó en el periodo 2004-2012, de la Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, se realizó un muestreo intencionado de 34 estudiantes. La información se recolectó a través de la aplicación de un cuestionario autoaplicado, diseñado por el investigador, denominado Deserción Viña I (DEVI-I); la información sobre el número de estudiantes desertores se obtuvo desde la base de datos interna de la Universidad (CLAS). **Resultados.** La tasa de deserción global de la carrera de Enfermería es de 5,27%, ocurre durante los tres primeros años de la carrera. **Conclusiones.** La tasa global de deserción observada es inferior a la reportada en la misma universidad, o por otras carreras de Enfermería a nivel nacional, América Latina y países de la OCDE.

› **Palabras clave:** abandono escolar, universidades, enfermería (DeCS)

# Dropping out of nursing school

## › Abstract

**Introduction.** School dropout in the university environment is a serious problem in higher education's institution today in national and international levels, and also in public & private establishments. **Objective.** To establish the dropout rate among nursing students between 2004 and 2012 at Santo Tomas University, Viña del Mar. **Material and Method.** Descriptive Study, the sample included the entire student population of the Nursing career that deserted in the period 2004-2012, of the University Santo Tomas, Viña del Mar headquarters. The sampling was intentional, and corresponded to 34 students. The information of the general characteristics of the participants was collected through the application of a self-applied questionnaire, called Desertion Viña I (DEVI-I), designed by the researcher. The information on the number of student's deserters and enrolled were obtained from the CLAS system of the University. **Results.** The overall dropout rate of the Nursing career is 5,27% average and it occurs during the first three years. **Conclusions.** The overall dropout rate of the Nursing career, presents values much lower than the overall rate of the same university and other nursing careers at the national level. The overall dropout rate of the Nursing career is much lower than the overall rate at the same university, other nursing careers at national and Latin American levels and OECD countries.

› **Keywords:** Student Dropouts, Universities, Nursing (DeCS).



## › Introducción

La deserción universitaria, por su magnitud, se ha convertido en un fenómeno muy común en la mayoría de los países, razón por lo cual se viene planteando como uno de los problemas prioritarios a ser investigado y adecuadamente tratado (1). El tema ha tomado un lugar importante en el debate público debido a que las pérdidas financieras y sociales que representan los estudiantes desertores son altas para la sociedad, para las instituciones de educación superior, las familias y el individuo. Junto con esto, el escaso conocimiento que se tiene en el país sobre los ciclos de la deserción, su adecuada forma de estudio y las políticas más efectivas para disminuirla, dificultarían aún más el trabajar en esta problemática.

Los resultados de las investigaciones plantean diferentes interrogantes sobre la incidencia del funcionamiento administrativo y pedagógico de las instituciones de educación superior (1), considerando que la problemática de la deserción no es tan sólo responsabilidad del estudiante, aunque se asume que gran parte de la responsabilidad recae sobre el desertor. El fenómeno de la deserción es inherente a la vida estudiantil, como consecuencia de problemas económicos, de interacción, socio-culturales del entorno y muchas más. En este sentido el fenómeno de la deserción persistirá de alguna manera hasta que cambien las instituciones universitarias. Por tanto, conocer el problema permitirá implementar estrategias dirigidas a establecer soluciones que controlen parcialmente los altos índices de deserción y de esa manera mantener una tendencia creciente en la retención de estudiantes.

La preocupación por la retención de estudiantes en la enseñanza superior chilena es un fenómeno más bien reciente, pese a que el fracaso estudiantil en la enseñanza universitaria ha sido consustancial a la existencia misma de las universidades, espe-

cialmente de algunas carreras profesionales (2). La visualización de la retención es una temática en nuestro medio, donde aún no se comprende a cabalidad su impacto social y económico, ni se entiende en toda su magnitud la red de implicancias que se derivan del fracaso en los estudios en la enseñanza superior.

En Chile, hace algo más de una década, la preocupación por la retención de estudiantes en la educación superior comenzó a ser materia de significación, impelida esencialmente por la competencia de nuevos centros de enseñanza, la mayor escasez relativa de estudiantes, especialmente de aquellos en condiciones de pagar aranceles onerosos. En este contexto el aporte privado de las familias en la financiación de los estudios de educación superior en Chile supera en muchos casos el 50% del presupuesto regular de estos centros (2). Esto implica que la deserción en la educación superior se privatiza, tanto porque se asigna la responsabilidad casi absoluta al estudiante, como por la estructura de financiamiento, que descansa en el rol central de las familias. Es así como el análisis de la retención de estudiantes en la educación superior involucra un conjunto de dimensiones que atañen la eficiencia técnica de los procesos de formación (diseño curricular), la eficiencia económica y el impacto social.

En Latinoamérica se observa un 22% de deserción en universitarios, mientras que en nuestro país esta tasa alcanza a un 19% en las universidades adscritas al Consejo de Rectores de Universidades Chilenas (CRUCH) y a un 22% en las universidades privadas autónomas (3,4). La mayor proporción de titulados (retención) en Educación Terciaria en los países de la OCDE y en los de la Unión Europea, se da en los estudios de Grado o equivalente, con un 72,4% y un 71,3%, respectivamente (5), por otra parte, la tasa de abandono de los estudios en el primer curso es del 19% en los países de la OCDE cifra que es levemente inferior a los de Latino América

y coincidentes con las universidades adscritas al CRUCH.

Las cifras de fracaso en Chile siguen siendo elevadas, afectando de manera evidente y significativa a los estudiantes de los dos primeros quintiles de ingresos (3), lo que contribuye decididamente a la reproducción de la desigualdad social, con el agravante, ya señalado, que muchas familias se han endeudado en cifras importantes para dar soporte financiero a los que estudian (6).

Así, la retención no solamente implica una dimensión de eficiencia de inversión técnica y económica, sino que incide en la equidad, al involucrar en mayor medida a la población de menores ingresos, por cuanto la condición de vulnerabilidad e inequidad en las oportunidades inciden en que la probabilidad de fracaso sea mayor para este grupo, como también de extender su ciclo formativo y de paso, postergar su ingreso al mercado laboral, lo que contribuye a un mayor endeudamiento, menor ingreso económico privado y mayor costo relativo de la formación.

Actualmente en el país, y pese a los avances señalados, se considera que el fenómeno en análisis no posee el reconocimiento público que amerita. Su magnitud real se desconoce, pues las cifras públicas al respecto son difíciles de comparar (2,7,8).

Considerando esta problemática, la presente investigación se plantea como objetivo identificar la tasa de deserción en los estudiantes de la carrera de Enfermería entre los años 2004 – 2012 de la Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar.

## › Material y Método

Esta investigación se plantea desde una visión positivista con enfoque cuantitativo a nivel descriptivo, de diseño no experimental y corte transversal.

La población incorporó a los estudiantes de la ca-

rrera de Enfermería que desertaron en el periodo 2004-2012, de la Universidad Santo Tomás de la sede Viña del Mar. El muestreo fue intencionado y correspondió a 34 estudiantes, aunque cabe destacar que hubo pérdida de información, por lo que en algunas ocasiones se presenta información solo de 30 participantes.

Como criterios de inclusión se establecieron: ser estudiante que dio aviso de su retiro definitivo y voluntario de la carrera, ya sea en el primer o segundo semestre, entre el primer y quinto año de la carrera, de los años 2004 al 2012.

Entre los criterios de exclusión, se contemplaron: ser estudiante eliminado de la carrera por mal rendimiento académico, por medida disciplinaria, estudiante que no se matriculó en el programa de estudio, estudiante trasladado a otra sede, estudiante que hace retiro temporal o estudiante que se retiró sin previo aviso.

La variable principal de este estudio fue definida como la tasa de deserción de estudiantes de enfermería 2004-2012. Y como variables descriptivas se consideraron, edad, género, estado civil, tipo de establecimiento educacional de egreso de enseñanza media, nivel educacional del padre, nivel educacional de la madre, número de estudiantes desertores según año de carrera y número de estudiantes inscritos según año de carrera.

La información respecto a las características generales de los participantes, se recopiló a través de la aplicación de un cuestionario autoaplicado, diseñado por la investigadora principal, denominado Deserción Viña I (DEVI-I), conformado por 7 ítems con respuestas de selección múltiple y respuestas abiertas. El tiempo de aplicación fue de 5 minutos por persona.

Se contempló un análisis descriptivo y multivariado para establecer la estructura del instrumento.

La confiabilidad del mismo se realizó mediante un análisis de confiabilidad basado en la teoría clásica de análisis de ítems y pruebas de hipótesis de relación (Test Chi-Cuadrado) y de comparación de proporciones (Test de comparación de proporciones) para apoyar las conclusiones.

Los datos fueron analizados por el software estadístico SPSS versión 18.0. Los datos continuos y ca-

tegóricos se presentan como frecuencias, porcentajes y tasas.

Al inicio de esta investigación se contó con la autorización de la Dirección Académica y de la Dirección de la Carrera de Enfermería de la institución, contempló los requisitos éticos de E. Emmanuel (9). Todos los participantes firmaron consentimiento informado previo a responder el instrumento.

## › Resultados

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES DESERTORES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA 2004-2012, UST, SEDE VIÑA DEL MAR

VARIABLE	CATEGORÍAS	f	%
<b>Edad</b>	18 - 21 Años	9	30,0
	22 y más Años	21	70,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Género</b>	Masculino	5	16,7
	Femenino	25	83,3
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil actual</b>	Casado(a)	4	13,3
	Soltero(a)	25	83,3
	Divorciado(a)	1	3,3
	Viudo(a)	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Establecimiento educacional de egreso de enseñanza media</b>	Municipalizado	5	16,7
	Particular Subvencionado	21	70,0
	Particular	4	13,3
	Otro	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Nivel educacional del padre</b>	Enseñanza Básica completa	1	3,7
	Enseñanza Básica incompleta	0	0,0
	Enseñanza Media completa	11	40,7
	Enseñanza Media incompleta	0	0,0
	Educación Superior Técnica completa	5	18,5
	Educación Superior Técnica incompleta	0	0,0
	Educación Superior Profesional Completa	9	33,3
	Educación superior Prof. Incompleta	1	3,7
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
<b>Nivel educacional de la madre</b>	Enseñanza Básica completa	1	3,3
	Enseñanza Básica incompleta	2	6,7
	Enseñanza Media completa	16	53,3
	Enseñanza Media incompleta	3	10,0
	Educación Superior Técnica completa	5	16,7
	Educación Superior Técnica incompleta	2	6,7
	Educación Superior Profesional Completa.	1	3,3
	Educación superior Prof. Incompleta	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Al observar la tabla 1, que muestra las características de los estudiantes de Enfermería que desertaron entre el periodo 2004 -2012, destaca que el 70,0% tiene 22 y más años, el 83,3% pertenecen al género femenino, el 83,3% son solteros y el 70,0% realizó su enseñanza media en un establecimiento particular subvencionado.

En relación al nivel educacional de los padres, el 40,7% tiene la Enseñanza Media completa y un 33,3% de los padres tiene Educación Superior Profesional Completa. En cuanto al nivel educacional de las madres un 53,3% tiene la Enseñanza Media completa y sólo el 3,3% tiene Educación Superior Profesional Completa.

**TABLA 2.** ESTUDIANTES DESERTORES SEGÚN AÑO QUE CURSABAN EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA, UST SEDE VIÑA DEL MAR 2004-2012.

Año de carrera	f	%
Primer año	12	35,3
Segundo año	8	23,5
Tercer año	14	41,2
Cuarto año	0	0,0
Quinto año	0	0,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

En la tabla 2 se aprecia que el año o nivel de la carrera que presenta la mayor tasa de deserción es en tercer año, correspondiendo a un 41,2%, seguido por el primer año con un 35,3% y segundo año con 23,5%. Otro aspecto que es importante destacar es que durante el cuarto y quinto año no se observa deserción.

**TABLA 3.** TASA DE DESERCIÓN POR AÑO, PERÍODO 2004-2012, CARRERA DE ENFERMERÍA UST, SEDE VIÑA DEL MAR.

Año	Población de estudiantes desertores por año	Alumnos Inscritos por año	Tasa
2004	2	64	3,1
2005	2	51	3,9
2006	2	54	3,7
2007	0	63	0,0
2008	4	64	6,3
2009	2	63	3,2
2010	1	60	1,7
2011	14	81	17,3
2012	7	84	8,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>584</b>	<b>5,3</b>

La tabla 3 muestra que la tasa de deserción se comporta de manera uniforme entre los años 2004 al 2012, excepto el 2011, que representa el año con mayor porcentaje de deserción, correspondiendo a un 17,3%, sigue el año 2012 con un 8,3% y el año 2008 con un 6,3%. Llama la atención el año 2007 donde no hubo deserción.

## › Discusión

A la luz de los resultados de este estudio se observa que la tasa de deserción global de la carrera de Enfermería en la UST Sede Viña del Mar, durante el periodo 2004-2012, es de 5,3%, cifra que resulta estar muy por debajo de los valores mostrados por la realidad chilena (11,0%) (10), por la misma UST (22,0%), e incluso son menores que la deserción mostrada por las carreras de Enfermería de las universidades en Chile (11,4%) (11). Estos resultados podrían deberse a la eficiencia de titulación mostrada por las carreras del área de la salud (12).

En relación a las características socioeducativas de los estudiantes desertores de la carrera de enfermería destaca que la edad de 22 años es donde se encuentra el mayor porcentaje de desertores, correspondiendo a un 70%, esto concuerda con lo

encontrado por otros investigadores que señalan que entre los 22 y 23 años es el promedio de edad al momento de la deserción (3,13-15). Esto se explica básicamente porque la edad promedio de ingreso de los jóvenes a las universidades chilenas es de alrededor de 18 años (16), por otra parte, no todos los estudiantes encuestados van al día con sus estudios, por diversas causas, y además este puede haber cursado una carrera previa

Respecto al género, el 83,3% de los desertores corresponde al género femenino. Este resultado coincide con un estudio realizado en la carrera de Enfermería de una universidad del Ecuador, donde un 85,4% de los estudiantes que desertaban también eran mujeres (17), Esta situación se produce dado que Enfermería es una carrera eminentemente femenina, aunque estos últimos años se ha ampliado a los varones.

El 83,3 % de los estudiantes desertores es soltero, cifras que coinciden con un estudio colombiano, realizado en la carrera de Enfermería (4). Por otro lado, el Censo 2012 arrojó que el 47,23% de la población se encuentra soltera, además muestran que la edad media de los contrayentes al momento de casarse en el país es de 35,4 años para los hombres y de 32,7 años en las mujeres (18), lo que explicaría el alto porcentaje de solteros entre los estudiantes desertores.

Los estudiantes que abandonan la carrera en su mayoría egresan de un establecimiento particular subvencionado, cifra que coincide con las reportadas por el Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC) donde se menciona que un 54,6 % de los jóvenes egresan de este tipo de establecimientos (19), valor que se repite también al comparar con los demás estudiantes de la UST, donde el 95,0% proviene de colegios municipalizados o particulares-subvencionados (20).

Otra de las características medida en este grupo es el nivel de educación de los padres, esta variable que puede influir en los factores que determinan la deserción, especialmente, el de la madre, en razón que, a mayor nivel de educación de los padres, se presenta una menor deserción (4,21). Así, tenemos que el 40,7% de los padres tiene enseñanza media completa y un 33,3% educación superior profesional completa. En cuanto al nivel educacional de las madres, un 53,3% tiene enseñanza media completa y sólo el 3, 3% tiene educación superior profesional completa. Cifras muy similares a las encontradas en investigaciones realizadas a estudiantes de las carreras de enfermería y kinesiología en otras universidades chilenas (21-23).

Por su parte, las cifras sobre retención en el sistema, indican que un significativo número de estudiantes abandona su carrera en primer o segundo año, disminuyendo la proporción de estudiantes que desertan a partir de tercer año (10,24). En este sentido, la tasa de deserción para los cursos de primero, segundo y tercer año de la carrera de enfermería UST, se comporta de manera diferente a lo expuesto, donde la mayor deserción se produce en el tercer año, con un 41,2 %, luego primer año con un 35,3% y finalmente segundo año con 23,5%. Este hecho podría explicarse porque en este nivel (tercer año) se comienza intensivamente con las prácticas curriculares de manera simultánea con la cátedra, es decir, se cuenta con un semestre (18 semanas) dividido entre clases, prácticos de laboratorio, seminarios y experiencia clínica, con la consiguiente carga emocional y psicológica. Sumado a esto, probablemente la falta de hábitos de estudio de estos jóvenes y la falta de preparación para enfrentar las exigencias universitarias, (un gran porcentaje de alumnos proviene de colegios particulares subvencionados y municipales) (25), pueden ser factores involucrados en esta temáti-



ca. Para el cuarto y quinto año no hubo estudiantes desertores, debido probablemente al avance curricular y consolidación vocacional.

Además, al comparar la deserción en primer y segundo año, se aprecia que estos valores son mayores respecto a la tasa global de la UST, donde se presenta un 22% en primer año y un 37% en segundo año. No se disponen de datos de la UST para tercer, cuarto y quinto año, por lo que no es posible comparar en estos niveles.

Así mismo, al comparar la deserción entre enfermería de la UST y las medias de deserción en las carreras de enfermería en Chile también existen diferencias, mostrándose tasas más altas en la UST en los tres primeros años. Así, en el primer año de enfermería UST se presenta un 35,3% a diferencia de 11,0% promedio en enfermería nacional, luego en el segundo año 23,5% versus un 16,0% de promedio en enfermería nacional; en seguida, tercer año de enfermería UST duplica su valor a 41,2% a diferencia de enfermería nacional con 20% promedio. Luego al comparar el cuarto y quinto año se puede advertir que no se producen deserciones a este nivel en enfermería UST, a diferencia de enfermería nacional que mantiene un 23,0% y un 26,0% promedio de deserción respectivamente (5).

Ahora bien, al determinar la tasa de deserción por año entre el año 2004 y 2012, se puede observar que se comporta de manera uniforme en este periodo, excepto el 2011, que representa el año con mayor porcentaje de deserción con un 17,3%. Cabe destacar que ese año aumentó el número de vacantes para el primer año de 64 a 81 en la carrera de enfermería (en aproximadamente 26 %), hecho que podría haber sido causal del aumento en la deserción.

Con todo lo anterior, es posible concluir que la tasa de deserción global de enfermería UST sede Viña

del Mar para el periodo 2004-2012 presenta valores muy inferiores respecto a la tasa global UST y Enfermería a nivel nacional e internacional. Las tasas de deserción más altas se presentan en los estudiantes de tercer y primer año de la carrera.

Los estudiantes de Enfermería que desertaron tienen en promedio 22 años, son de género femenino, solteros, en su mayoría egresaron de un establecimiento particular subvencionado. Respecto al nivel educacional de ambos padres, casi la mitad tiene Enseñanza Media completa y un tercio de los padres tiene Educación Superior Profesional Completa, no así sus madres que tienen muy bajo porcentaje de Educación Superior Profesional Completa. Estas características se repiten en numerosos estudios relacionados con los factores de riesgo de deserción o factores que explican la deserción de los estudiantes universitarios.

Finalmente, el problema de la deserción universitaria debería ser abordado desde distintos focos, ya que es un fenómeno en el cual interactúan distintos factores con diversas implicancias (12). Se considera necesario desarrollar investigaciones que permitan profundizar en diferentes aristas para abordar esta problemática integralmente.

## › Referencias bibliográficas

1. Saldaña M, Barriga OA. Adaptación del modelo de deserción universitaria de Tinto a la Universidad Católica de la Santísima Concepción. *Revista de ciencias sociales*. 2010; 16(4): 616-28.
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Banco Mundial. *La Educación Superior en Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de Educación de Chile; 2009. 329p.
3. Jiminián YY. Deserción en la Universidad abierta para adultos (UAPA), durante el periodo



- 2001-2006. [Tesis Doctoral] Santiago: República Dominicana. Universidad Estatal a Distancia, 2002.
4. Piratoba BN, Ovidio Ch. Factores de deserción de los estudiantes en la facultad de enfermería de la Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A, durante el periodo: 2009-2010-1 2011. Rev UDCA Act y Div Cient. 2013 (jul-dic); 16(2): 553-62.
  5. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España. Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2016. Informe Español. Madrid (España); 2016.
  6. Donoso S, Cancino V. Caracterización socioeconómica de los estudiantes de educación superior. Calidad en la educación. 2007; 26: 203-44.
  7. Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA). Repitencia y deserción universitaria en América Latina. Santiago (Chile): CINDA, UNESCO; 2006. 380p.
  8. Ministerio de educación de Chile. Serie Evidencias: Deserción en la educación superior en Chile. [Internet] 2012. [acceso 10 jun 2017]; 1(9): Disponible en: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/bmineduc/doc/201209281737360.EVIDENCIASCEM9.pdf>
  9. Gaudlitz M. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. Rev chil enferm respir. [Internet] 2008 [acceso jun 2017]; 24 (2): 138-42. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482008000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200008)
  10. Consejo Nacional de Educación (CNEC), Departamento de Investigación e Información Pública. Indicadores, números y datos sobre instituciones y carreras de educación superior, INDICES. CNEC, Ministerio de Educación de Chile. [Internet] 2010. [acceso jul 2017], Disponible en: [http://cnecl.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/Publicaciones/16\\_Metodolog%C3%ADaINDICESIndicadores\\_17082016.pdf](http://cnecl.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/Publicaciones/16_Metodolog%C3%ADaINDICESIndicadores_17082016.pdf)
  11. Consejo Nacional de Educación (CNEC), Departamento de Investigación e Información Pública. Estadísticas de retención, INDICES. CNEC, Ministerio de Educación de Chile. [Internet] 2010. [acceso jul 2017], Disponible en: [http://www.cnecl.cl/public/Secciones/SeccionIndicesEstadisticas/indices\\_estadisticas\\_retencion.aspx](http://www.cnecl.cl/public/Secciones/SeccionIndicesEstadisticas/indices_estadisticas_retencion.aspx)
  12. González L, Uribe D. Estimaciones sobre la repitencia y deserción en la educación superior chilena. Consideraciones sobre sus implicancias. Calidad en la educación 2005; (17): 75-90.
  13. Sanabria H. Deserción en estudiantes de enfermería en cuatro universidades del Perú. Anales de la Facultad de Medicina. 2002; 63(4): 301-11.
  14. Ariza SM, Marín DA. Factores intervinientes en la deserción escolar de la Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Los Libertadores. Tesis Psicológica. 2009; 4: 72-85.
  15. Condori MP. Estrés académico y su relación con las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. [Internet] 2012. [acceso may 2017]; Disponible en: [http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/un-jbg/170/55\\_2013\\_Condori\\_Condori\\_MP\\_FACS\\_Enfermeria\\_20013\\_Resumen.pdf?sequence=2](http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/un-jbg/170/55_2013_Condori_Condori_MP_FACS_Enfermeria_20013_Resumen.pdf?sequence=2)
  16. Universidad de Chile. Compendio estadístico proceso de admisión año académico 2009. [Internet] 2010 [acceso 01 jun 2017]; Disponible en: <http://psu.demre.cl/estadisticas/documentos/p2009/2009-compendio-estadistico.pdf>
  17. Yaselga B. Yépez S. Factores que intervienen en la deserción de los estudiantes de segundo y cuarto semestres de la Carrera de Enfermería,

Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte. Periodo académico septiembre 2009-agosto 2010. [Tesis de grado]. Ibarra, Colombia: Universidad Técnica del Norte 2010.

18. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). Estadísticas vitales. [Internet] INE; 2010. [acceso jun 2017]. Disponible en: <http://www.ine.cl/>

19. Ministerio de Educación de Chile (MINE-DUC). Variación de matrícula y tasa de permanencia por sector. [Internet] MINEDUC; 2010. [acceso may 2017]. Disponible en: [http://centroestudios.mineduc.cl/tp\\_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/Evidencias/Evidencias%20final\\_julio\\_2015.pdf](http://centroestudios.mineduc.cl/tp_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/Evidencias/Evidencias%20final_julio_2015.pdf)

20. Universidad Santo Tomás. Proceso de enseñanza y aprendizaje. En: Resumen ejecutivo de la evaluación institucional UST 2014-2017. Santiago de Chile; 2017.

21. Celis R, Flores CL, Reyes MC, Venegas H. Factores de riesgo de deserción presentes en alumnos repitentes de las carreras de enfermería y kinesiología en una universidad chilena. *Cienc enferm.* 2013; 19(3): 63-71.

22. Román M. Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: una mirada en conjunto. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en Educación.* [Internet] 2013. [acceso may 2017]; 11(2): 33-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/551/55127024002.pdf>

23. Larroucau T. Estudio de los factores determinantes de la deserción en el sistema universitario chileno. *Rev est de políticas públicas.* [Internet] 2015. [acceso jun 2017]; 1:1-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5354/0719-6296.2015.38351>

24. Himmel E. Modelos de análisis de la deserción estudiantil en la educación superior. *Calidad en la educación.* 2002; 17(2): 91-108.

25. Canales A, De los Ríos D. Factores explicativos de la deserción universitaria. *Calidad en la educación.* 2007; 26: 173-201.

# Experiencia de una madre con diagnóstico de VIH ante la imposibilidad de amamantar a su hija

## Autores:

**Nadia Andrea Godoy Alarcón.** Enfermera, Magíster © en Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: n.godoy.nurse@gmail.com

## › Resumen

**Introducción.** El objetivo planteado fue develar la experiencia vivida que experimenta una madre con VIH ante la imposibilidad de amamantar a su hija. **Material y Método.** Estudio de caso cualitativo fenomenológico. El fenómeno en estudio es abordado, principalmente, por el enfoque entregado por Husserl y Heidegger. La participante fue seleccionada por su experiencia con el fenómeno en estudio (muestreo intencional). Se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad y el análisis se realizó siguiendo los 10 pasos planteados por Streubert. **Resultados.** La experiencia vivida por esta madre con diagnóstico de VIH al estar imposibilitada de amamantar a su hija, se presentó como un fenómeno complejo y multidimensional. Fueron extraídas del relato las siguientes unidades de significado: sufrimiento y dolor; sacrificio, fortaleza y superación; el valor del apoyo, relación humana y educación recibida por su médico. **Conclusiones.** La indicación de alimentación artificial en el niño significa anular un acto natural en la mujer, el acto de amamantar, para la participante esta experiencia fue difícil, compleja y triste, sin embargo, optó por el bienestar de su hija, y comprendió que todo sacrificio era válido para evitar el contagio del VIH a su hija.

› **Palabras clave:** Madre con VIH, lactancia materna, investigación cualitativa (DeCS).

# A mother's experience diagnosed with HIV who wasn't able to breastfeed her own daughter

## › Abstract

**Introduction.** To reveal the experience of a mother diagnosed with HIV that cannot breastfeed her own daughter. **Material and Method.** This research is a case study with a method of type phenomenological qualitative. The phenomenon under study is approached, mainly, by the approach given by Edmund Husserl and Martin Heidegger. The participant was selected for her experience with the phenomenon under study (purposive sampling). A semi-structured in-depth interview was used, and the data analysis was performed by following the 10 steps given by Streubert. **Results.** The experience of this mother with HIV diagnosis being unable to breastfeed her daughter was presented as a complex and multidimensional phenomenon. Using the patient's story the following meaning's units were applied: suffering and pain; sacrifice, strength and overcoming; the value of support, human relationships and the information received by her physician. **Conclusion.** The indication of using artificial feeding in the child means to avoid something so natural for women, the act of breastfeeding. For the participant, this experience was difficult, complex and sad, however, she opted for her daughter's well-being and realized that every sacrifice she made was valid and it prevented her from spreading HIV to her daughter.

› **Keywords:** Mother with HIV, breast feeding , qualitative research.

## › Introducción

Las características únicas de la leche humana y las ventajas que la práctica de la lactancia materna representa para la salud infantil, tanto en relación al crecimiento físico como al desarrollo psicoemocional del niño, son hoy ampliamente reconocidas, gracias a la existencia de gran cantidad de evidencia científica al respecto. Órganos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), están en la tarea de promover la lactancia materna, al ser considerada como la intervención en materia de salud pública que mayor potencial posee en la reducción de la mortalidad infantil (1,2).

El amamantamiento natural representa una de las experiencias nutricionales más precoces del recién nacido. Por medio de la lactancia materna se da continuidad a la nutrición iniciada en la vida intrauterina, garantizando así, un mejor estado de salud físico, y un mejor desenvolvimiento en el estado psicológico del niño (3).

Entre los beneficios en la salud física, diversos estudios han demostrado que la lactancia materna tiene un efecto directo en la maduración inmunológica del niño. Esto es posible debido a que la leche materna posee agentes antiinfecciosos, antiinflamatorios e inmunomoduladores, los que al actuar en conjunto con la inmunidad secretora propia del lactante, permiten protegerlo de enfermedades gastrointestinales, patógenos respiratorios, y estimulan la maduración inmunológica de las distintas superficies mucosas del niño. Todos los tipos de inmunoglobulinas (IgA, IgM, IgG) están presentes en la leche materna. Además, diversos estudios han mostrado un efecto protector de la leche materna humana en relación a la muerte súbita, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial en la infancia, enfermedad de Crohn, linfomas,

alergias crónicas, y sobrepeso y obesidad (3).

En relación a los beneficios en el área sensoriomotriz del niño, la lactancia materna se ha relacionado significativamente con un mejor desarrollo cognitivo, especialmente en los dos primeros años de vida (3). La lactancia materna al ser un acto de contacto físico, piel con piel, entre madre e hijo, permite la estimulación de los sentidos y un mejor desarrollo psicomotor en el niño (1,4).

Entre los aspectos psicológicos, la lactancia materna se ha relacionado principalmente con el desarrollo de la personalidad del individuo, así, los niños amamantados tienden a ser más tranquilos y más fáciles de socializar durante la infancia (2).

Se han descrito los múltiples beneficios de la lactancia materna para el niño, pero también lo son para la madre, a nivel de puerperio inmediato, mediato y posterior desarrollo de su rol materno. Con la lactancia materna la mujer logra satisfacer más fácilmente su instinto materno, reduce el estrés y mal humor, alcanza un equilibrio emocional, se beneficia de una anticoncepción natural, se previene del cáncer ovárico, mamario y cérvico-uterino, entre otros múltiples beneficios (1).

Pese a los grandes beneficios reportados por la lactancia materna, muchos de los cuales hemos expuesto con anterioridad, existen circunstancias particulares en las cuales el amamantamiento se imposibilita, o bien, es algo no permitido. Una de estas circunstancias es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la madre.

En el año 1982 se reportaron los primeros casos de VIH pediátrico en el mundo. En Chile, los primeros casos de VIH pediátrico por vía transfusional se diagnosticaron en 1987 y en 1989 se comunicaron los primeros casos perinatales. La vía perinatal es el mecanismo de transmisión responsable de más del 90% de los casos pediátricos de VIH en el mun-

do, transmisión que se puede efectuar durante el embarazo, parto o lactancia (5).

Los invalorable beneficios de la lactancia materna han sido opacados por la posibilidad de transmisión del VIH de la madre infectada a su hijo, debido a que representa un riesgo adicional de contagio para el niño, existiendo así una contraindicación absoluta de amamantarlo.

La mujer diagnosticada de VIH, es orientada sobre el uso de fórmula láctea infantil, con la finalidad de minimizar el riesgo de contagio en el niño (6). Sin embargo, es preciso tener presente que el amamantamiento es más que la satisfacción de las necesidades fisiológicas alimentarias del niño, también es un acto de amor donde se lleva a cabo un encuentro íntimo y único entre la madre y su hijo.

Expertos señalan que estas madres se sienten insatisfechas y menospreciadas, donde evitar la lactancia materna implica un cambio de la relación madre e hijo. Además, los prejuicios y la discriminación están presentes, por ello, la elección de no amamantar es una forma de proteger a sus hijos del VIH, evitando el contagio, la culpa y ganando el perdón de la sociedad (7). Otro estudio menciona que la mujer no habla acerca de su diagnóstico y los temores con la lactancia materna, ocultando que tiene VIH y evitando responder preguntas del porqué su hijo está usando mamadera (8).

Para comprender la experiencia vivida por las madres con VIH, a la hora de enfrentarse a la prohibición de la lactancia natural, es necesario escuchar sus testimonios. Comprender su experiencia de forma integral permitirá rescatar el verdadero significado que le atribuyen a lo vivido, obtener un conocimiento más profundo en este fenómeno permitirá que los planes de cuidados para las madres con VIH aborden la lactancia del niño expuesto a este virus, desde la mirada del cuidado

humanizado. Estos planes no sólo deben considerar la sustitución de la leche materna por una leche artificial en el niño, sino que deben considerar otros temas relacionados al binomio madre-hijo, y sumar a la madre con VIH en estos cuidados.

En el rescate bibliográfico, no se encontraron estudios que aborden la temática en Chile, razón por la cual se vuelve importante realizarlo.

Sobre la base de lo mencionado, surge la pregunta que guiará este estudio fenomenológico: ¿Cuál es la experiencia vivida de una madre con diagnóstico de VIH que debe enfrentarse a la imposibilidad de amamantar a su hija?

Por lo tanto, el propósito de este estudio es generar conocimiento comprensivo respecto a la experiencia que vive una madre con diagnóstico de VIH ante la imposibilidad de amamantar a su hijo(a), con el fin de contribuir al desarrollo de conocimiento en enfermería, específicamente en el área materno infantil afectada por VIH, como también mejorar la práctica clínica y los cuidados que se entregan a estas madres y sus hijos.

## ► Material y Método

Estudio de caso abordado desde el método cualitativo fenomenológico. El método de investigación fenomenológico, a través de la comprensión lingüística, permite develar a la conciencia del investigador experiencias y vivencias humanas. Merleau-Ponty (citado por Streubert y Rinaldi), señala que la fenomenología es el estudio de las esencias, una filosofía que pone de vuelta la esencia en la existencia humana, esperando así, llegar a la comprensión de experiencias vividas desde su facticidad (9). Por esto, el método fenomenológico resulta ser un método adecuado para estudiar y develar el significado de la experiencia vivida por una madre con VIH cuando se enfrenta a la impo-



sibilidad de amamantar a su hija.

El fenómeno en estudio será abordado principalmente desde el enfoque que Husserl y Heidegger aportan al método fenomenológico. Esto implica, seguir los pasos que estos plantearon para desarrollar un estudio de este tipo. Husserl, planteó que la filosofía se debía convertir en una rigurosa ciencia que restaure el contacto con lo más profundo del ser humano, y que la fenomenología debía ser la base para toda filosofía y ciencia. Sobre esta base, se desarrollaron los conceptos de esencia (elementos relacionados al verdadero significado de algo, unidades de significado), intuición (interpretación exacta del significado de algo en la descripción del fenómeno en estudio) y reducción fenomenológica (regreso a la conciencia original, suspensión de las creencias, supuestos y prejuicios que se tienen originalmente sobre el fenómeno en estudio) (9).

La participante fue seleccionada por muestreo intencional, corresponde a una madre con diagnóstico de VIH, de 34 años, casada, dueña de casa, y con educación secundaria completa fue contactada en un centro de salud familiar, lugar donde asiste regularmente a control de salud infantil la hija de esta. Se le invitó voluntariamente, se le explicó el propósito de la investigación y solicitó su consentimiento para hacerla partícipe del estudio.

Como método de recolección de información se utilizó una entrevista semiestructurada en profundidad. Este tipo de entrevista se desarrolla con un enfoque de escucha activa y se conduce mediante preguntas abiertas, buscando explorar en profundidad la experiencia del participante (10). La entrevista de este estudio fue grabada para asegurar que la transcripción que se realizara luego fuera fiel a lo que la participante relató.

El método de análisis de la información utilizado

fue el propuesto por Husserl y Heidegger, además en el proceso de realización y posterior análisis de la entrevista se utilizó lo planteado por Streubert, quien planteó 10 pasos que permiten a través de la entrevista llegar a develar a la conciencia del investigador el significado que la participante atribuye al fenómeno en estudio (9). Estos pasos son:

1. Realizar una descripción personal del fenómeno en interés.
2. Suspender de la conciencia toda idea preconcebida sobre el tema (paso en inglés llamado bracketing).
3. Entrevistar a la participante en un ambiente cómodo y neutro.
4. Leer cuidadosamente la entrevista transcrita (transcripción textual o verbatim) para obtener una idea general de la experiencia.
5. Leer nuevamente la transcripción de la entrevista para descubrir las esencias.
6. Extraer las relaciones esenciales o unidades de significado.
7. Desarrollar descripciones formales del fenómeno.
8. Devolver al participante las descripciones hechas con el fin de que ésta las pueda validar (paso en inglés llamado member check).
9. Revisar la literatura relevante.
10. Difundir los resultados en la comunidad enfermera.

Para velar por el rigor metodológico de este estudio, se usaron las técnicas operacionales propuestas por Guba, las cuáles son: credibilidad, fidelidad, confirmabilidad, y transferibilidad (9).

En relación a los aspectos éticos de este estudio

de caso, el primer paso fue velar por el principio de autonomía de la participante, esto implicó solicitar su consentimiento y respetar la decisión de la participante de ser parte o no del estudio, si así ella lo determinaba. También se debió considerar que la participante estaba en total libertad de realizar las preguntas que deseara en relación a su participación y de interrumpir la entrevista si lo requería. El respeto a la confidencialidad y autonomía a la participante se logró manteniendo su anonimato al momento de la transcripción de la entrevista y al presentar los resultados. El principio de beneficencia y no maleficencia también están presentes en el desarrollo de este estudio, ya que la verbalización de esta experiencia contribuyó positivamente en esta madre, y en el caso que ella lo hubiese requerido la entrevista se hubiese detenido sin problema alguno por el bienestar de la participante.

## › Resultados

La experiencia vivida por esta madre con diagnóstico de VIH al estar imposibilitada de amamantar a su hija, se presentó como un fenómeno complejo y multidimensional, el cual se develó a la conciencia del investigador como una aproximación a la realidad. Es importante destacar que, al tratarse de un estudio de caso no permite llegar a la esencia del fenómeno en estudio, ya que se trata de una aproximación exploratoria del mismo.

Al analizar el relato de esta madre fue posible identificar que la experiencia de no poder amamantar a su hija por el impedimento que significa el portar el VIH y una eventual transmisión vertical del virus, fue una experiencia que abarcó diversos aspectos, sentimientos y emociones. Fue descrita como una experiencia dolorosa, difícil y con temores, sin embargo, el deseo de la participante de evitar el contagio a su hija y verla crecer sana, pri-

maron sobre todo. A esto se agrega que el apoyo y educación brindada por el equipo médico fueron un pilar muy importante a la hora de superar este dolor y dar paso a la superación, como también, para enfrentar episodios de discriminación.

A continuación, se describen las unidades de significado de esta experiencia, extraídas del relato de la participante:

### 1. SUFRIMIENTO Y DOLOR

#### **Tristeza por no poder dar de amamantar a su hija:**

El proceso de comprender y aceptar que la lactancia materna no se podría llevar a cabo como cualquier madre lo realiza con su hijo, se presenta como algo difícil, complicado y triste, ya que la participante reconoce que la leche materna es el mejor alimento para su hijo recién nacido. Esto se refleja en el siguiente relato: “fue complicado, porque yo tengo entendido que la leche materna es lo más importante para los recién nacidos, que le aporta nutrientes y vitaminas...me daba tristeza, porque yo pensaba que quizás iba a salir enfermiza”.

A esto se agrega que en la cultura latinoamericana las mujeres otorgan valor al amamantamiento, tanto por sus beneficios biológicos como psicoespirituales. Se ha reportado que las madres que amamantan no sólo sienten que benefician a su hijo, sino también, que refuerzan la relación de intimidad con él y el vínculo de apego entre ambos; además de afirmar su identidad como madre, al tener evidencia que están participando activamente en el proceso de ser madre (11). Esto se plasma en lo relatado por la participante:

“Me habían dicho que se siente especial...ver a tu hijo ahí al lado tuyo, apegado a ti. A mí me daba tristeza preguntar más, porque yo no podía hacerlo”.

“...la niña quedó en neonatología, así que yo estaba solita, pero veía a las otras mamás que estaban con sus bebés y los amamantaban...me daba tristeza”.

### **Físico por la experiencia de su cuerpo vivido:**

Durante el embarazo las mamas de la mujer presentan cambios físicos que son evidenciables y perceptibles por la mujer en forma precoz, tales como, aumento de tamaño, temperatura, vasodilatación, y en una etapa más avanzada la producción de calostro. Estos cambios físicos, representan expresiones objetivadas de la experiencia humana (12), lo que fue experimentado por la participante:

“...durante mi embarazo noté los cambios en mis mamas, tenía las venas más grandes....Entendía que no iba a poder dar la leche...Además, casi los últimos meses se me caía calostro, se me caía solo...”.

“Tenía las mamas hinchadas. Creo que me dio mastitis, porque las tenía súper hinchadas, y afebradas...pero después con las pastillas la leche se secó, después no tuve nada”.

En consecuencia, la tristeza por no poder amamantar se va desarrollando desde el comienzo del embarazo: ella siente los cambios físicos en sus mamas y junto a eso la nostalgia de la renuncia. La participante sabe que no puede hacerlo y opta por el bien mayor de ver a su hija sana y evitar toda posibilidad de contagio con el VIH. Esta conciencia de daño potencial a su hija tiene la suficiente fuerza como para disminuir su sufrimiento y aumentar su resignación, lo que se observa en el siguiente relato:

“Fue complicado...Pero poco a poco fui entendiendo que no podía, porque la podía contagiar, y lo importante era que ella estuviera sanita”.

Miedo a los efectos negativos del VIH en la salud

de su hija y al rechazo posterior de la hija por no poder amamantarla:

El embarazo de una mujer portadora del VIH genera temores y dudas en varios temas. Lo que en mayor medida preocupa y atemoriza a la madre es el estado de salud de su hija por las posibilidades de transmisión del VIH, lo que va contribuyendo a disminuir el valor relativo de la experiencia de no poder amamantar. Comienzan entonces, a preocupar otros efectos de no poder amamantar, como la calidad del apego, del contacto y cercanía con su hija, así lo relata la participante:

“Tuve dudas si iba a nacer sana, pero el médico siempre me dijo que iba a nacer sanita. Pero yo igual estaba con esa duda siempre. ¿Y si no nace sana?, decía yo, ¿qué va a pasar?...Si nace infectada, ¿hasta qué edad va a durar? Porque yo tengo entendido que, más o menos, hasta como los 18 años pueden durar los niños con VIH cuando nacen infectados. Era mi preocupación”.

“Yo siento que mi niña, a pesar de todo, pasaba más apegada a mí, hasta el día de hoy, si duerme conmigo...yo pensé que ella me podía rechazar, pero no, se pega mucho más a mí...Siento que he logrado lo mismo que hubiese logrado dándole pecho. Cuando era chiquitita dormía apegada a mí, se apegaba mucho”.

### **Vivencias de discriminación:**

La discriminación hacia las personas viviendo con VIH se presenta en diversos contextos. Estas personas pueden llegar a ser víctimas de discriminación en general, desde profesionales de la salud hasta familiares y vecinos. Para la participante el haber sido una gestante con VIH fue causal de discriminación, ésta situación fue compleja y dolorosa, porque se le cuestionó el haber optado por la maternidad. Esto fue relatado como sigue:

“En el Hospital XX un ginecólogo me hizo una pregunta muy ignorante, me dijo: “sabiendo tu enfermedad, ¿por qué te embarazaste?, si los niños nacen infectados” Y yo le dije que no, que pueden nacer sanos si uno lleva los controles al día...Sentí que me discriminó, a pesar de tener muchos más estudios que yo...”

“Yo al principio me sentía mal cuando me discriminaban, porque siempre decían: “la sidoso”, pero ya con el tiempo fui entendiendo”.

“Mi vecina, por ejemplo, me quería echar del barrio, juntó firmas para echarme. Le tuve que decir al juez que era por mi enfermedad, que no era por otros motivos...Es una lección que uno les da cuando ahora me ven fuerte...no les doy en el gusto”.

La participante ha vivido la experiencia de la discriminación, llegando a sentirse herida y ofendida, sin embargo, gracias a la educación entregada por parte del equipo de salud, ella ha podido hacer frente a los episodios de discriminación vividos y ha aprendido a cuidarse para evitar consecuencias indeseables en ella y su hija. Ella confía plenamente en los conocimientos adquiridos, y es a partir de estos conocimientos que se impone con seguridad ante el rechazo, y convencida expresa los argumentos objetivos, neutralizando las agresiones y descalificaciones, evidenciando que aquellas personas son “ignorantes”. Es esta actitud ante la discriminación que le proporciona seguridad y fortaleza, desarrollando y facilitando su resiliencia:

“Hay gente que rechaza, pero si uno les hace caso, más te molestarán. Yo ya no le hago caso a la gente, porque si te ven mal, más te molestan...las palabras se las lleva el viento”.

“...cuando voy a los controles y llegan mamás con sus hijos... yo les digo que al principio es compli-

cado, porque la gente las va a discriminar, pero poco a poco ellas van a ir entendiendo, a pesar que es difícil, porque es una enfermedad crónica. Pero bien, todo se supera, pues los que te discriminan son ignorantes”.

## 2. SACRIFICIO, FORTALEZA Y SUPERACIÓN

El hecho de no poder amamantar a su hija, como un acto propio de la naturaleza femenina, le resulta difícil y triste a esta madre, pero la educación entregada por el equipo médico, sumado al paso del tiempo, van aliviando y superando cualquier sacrificio realizado, esto es relatado de la siguiente forma:

“Fui superando poco a poco el no poder amamantarla y no ser como el resto de las mamás. Era como algo normal, pero yo no podía hacerlo”.

“A pesar que no pude dar pecho para mí fue más importante la salud de ella, para que ella estuviera sanita, y no tuviera la misma enfermedad mía”.

“Yo había soñado, como todas las mujeres, con dar pecho, pero ya después sabiendo que a mi hija la podía contagiar, fui entendiendo que se busca lo mejor para los niños”.

“Yo siento que todo lo que me ha pasado me ha fortalecido, y que todos somos iguales, teniendo ésta o cualquier otra enfermedad. No se puede tratar diferente a alguien porque tenga cáncer o VIH”.

## 3. EL VALOR DEL APOYO, RELACIÓN HUMANA Y EDUCACIÓN RECIBIDA POR SU MÉDICO

El equipo médico es visto como un referente, y cada encuentro que se sostiene con ellos posee un valor significativo para esta madre. Las necesidades de educación y apoyo psicológico se satisfacen, de cierta forma, en cada encuentro que esta madre sostiene con sus médicos tratantes, al-

canzando, según lo que se desprende de su relato, una relación de horizontalidad con el profesional médico, y centrada en la persona:

“Tuve apoyo de un gineco-obstetra en el Hospital XX. Él me explicó cómo iba a ser todo cuando naciera mi hija...”.

“Yo seguí todos los consejos que me dieron para que ella naciera sana...Uno no se puede embarazar estando indetectable, yo seguí todos esos consejos del doctor, y cuando me autorizaron a embarazarme, lo hice, y eso me tranquiliza, porque ella nació sana”.

“...toda mujer cuando va a ser mamá piensa en darle pecho a su hijo, pero no se puede. Para que tu bebé esté sano hay que seguir todo lo que te dicen... Para que el bebé esté sano no hay que darle pecho, porque finalmente ver a tu hijo sano, es un orgullo”.

Es tan valioso este tipo de relación, que se constituye en su apoyo durante todo el embarazo, proporcionándole la oportunidad de desarrollar sus propias fortalezas para saber enfrentar con autocuidado y firmeza esta experiencia:

“Me hablaron que se podía transmitir por la lactancia, y que no podría nacer por parto normal, porque también se podía infectar, que sería una cesárea programada”.

“Me explicaron que no iba a poder dar pecho, que iba a dar relleno solamente, y en el caso que le diera pecho a la niña, ella se infectaría con el virus del VIH”.

## › **Discusión**

En la actualidad, y en el caso especial de Chile, la transmisión vertical del VIH ha presentado una franca disminución, debido principalmente a las medidas preventivas que se han llevado a

cabo. Estas medidas incluyen el tratamiento a la madre durante el embarazo y en el momento del parto, cesárea programada y la alimentación del niño con lactancia artificial (13). La indicación de alimentación artificial en el niño significa anular un acto tan natural en la mujer como es el acto de amamantar, pero también significa, impedir la transmisión y contagio de su hijo con el virus del VIH.

La participante de este estudio relató esta experiencia como un hecho que se presentó muy difícil, complejo y triste en un comienzo, pero con el transcurso del tiempo fue capaz de otorgarle un sentido. Este sentido fue el optar por el bienestar y salud de su hija y comprender que todo sacrificio era válido para evitar el contagio del VIH.

La primera unidad de significado que se mostró fue el Sufrimiento y dolor, que se dividió en categorías más pequeñas, derivadas de las razones que causaron dolor, tristeza y miedo en esta madre. La participante al tener conocimiento sobre los múltiples beneficios que la lactancia materna otorga a la salud de los niños, en especial desde la nutrición e inmunidad, recibe con tristeza la información de no poder amamantar a su hija por el riesgo de contagio del VIH por vía de la lactancia. La prohibición de amamantar a su hija le provoca sentimientos de tristeza, aspecto que coincide con lo señalado por algunos autores que informan que la prohibición de amamantar provoca sentimientos de angustia y es emocionalmente desgastante para las madres (7). Además, se ha establecido que la tristeza es una respuesta humana universal ante situaciones donde se experimenta una pérdida (14), en este caso, la pérdida de un acto propio de la naturaleza femenina, el amamantar a un hijo.

En cuanto al dolor físico experiencia de su cuerpo vivido, expertos hacen referencia al concepto de “expresión”, por ella se entiende cualquier objeti-



vación de lo vivido, cualquier expresión que refleje una huella de la vida (15), al experimentar y sentir la vivencia desde tu propio cuerpo. Los cambios físicos en las mamas, propios del embarazo y del período post-parto, experimentados por la participante, además de los malestares sufridos por la inhibición del amamantamiento, como la congestión mamaria, representan el “cuerpo vivido”. Así, la prohibición del amamantamiento, no sólo significa un sufrimiento psicológico, sino también, uno físico. Es en estos casos, la literatura señala la importancia de la empatía, educación y apoyo profesional en los controles prenatales a modo de preparación en la madre y de una continuidad de estos cuidados, como la orientación en el uso de inhibidores de lactancia, en el período de puerperio (16).

En relación con los miedos a los efectos negativos del virus VIH en la salud de su hija y al rechazo posterior de la hija por no poder amamantarla, es importante señalar que, en Chile, se han seguido las recomendaciones internacionales en relación a la prevención de la transmisión vertical del VIH, estas medidas han demostrado tener una real eficacia en la prevención de la transmisión y contagio del VIH entre madre e hijo (13). En este contexto, los sentimientos experimentados por no poder amamantar a su hija van poco a poco quedando atrás por la preocupación de la madre ante un posible contagio. El deseo que su hija esté sana es más fuerte. Al respecto, investigadores refieren que las madres con VIH buscan proteger a sus hijos de la enfermedad y a la vez de protegerse a ellas mismas del sufrimiento que les significaría que sus hijos fueran contagiados, es así entonces, que el no amamantamiento representa esta posibilidad de protección mutua (7).

Los miedos experimentados por un posible rechazo de su hija por no haberla amamantado, se

pueden explicar por el conocimiento que la madre poseía sobre los beneficios que se obtienen en la comunicación y apego del binomio madre-hijo al practicar el amamantamiento. Esto se refiere a la comunicación madre-hijo, que se inicia desde los primeros momentos de la vida, a través del llanto, gemidos, miradas, y del contacto piel con piel, que se logra, principalmente, con el acto de mamar; por lo que las intervenciones de enfermería que se realicen deben contemplar acciones de educación en salud, con un lenguaje claro y objetivo, que apunten a educar a la madre en relación a otras acciones del cuidado en su hijo que también ayudan y refuerzan la comunicación entre el binomio (17).

En la categoría vivencias de discriminación, dan cuenta de los conflictos y sentimientos de tristeza vividos por esta madre a causa de la discriminación, los que aún son comunes entre las personas viviendo con VIH. La discriminación y estigmatización contra las personas que viven con VIH son una de las consecuencias negativas de la enfermedad, y muchas veces un obstáculo importante para la prevención y asistencia. El miedo a la discriminación, en muchas ocasiones, provoca que las personas opten por permanecer silentes en referencia a su diagnóstico, y así evitar críticas y desconfianza en su entorno (18). Un estudio sobre discriminación en mujeres viviendo con VIH, señalan que un importante número de mujeres considera haber sufrido discriminación en servicios de salud, y en una menor proporción por sus vecinos y familiares (18). Para estos casos el apoyo, acompañamiento y la educación que se les entregue a las mujeres viviendo con VIH, les permiten hacer frente a situaciones críticas y emocionalmente desgastantes, lo que se vuelve trascendental.

La segunda unidad de significado identificada en este estudio fue el sacrificio, fortaleza y supera-



ción, en ella la prohibición del acto de amamantar resulta ser una indicación muy difícil y triste de seguir, sin embargo, con el tiempo la madre logra comprender y aceptar todo sacrificio que se le presenta, gracias a la gran motivación que significa su hija. Desear que su hija no contraiga VIH actúan como un impulso para esta madre. Investigadores, señalan que la existencia de un hijo constituye una especie de desafío contra la enfermedad y cualquier otro obstáculo o dificultad que se presente, ya que ser madre es lo más importante (6).

El amor por los hijos estimula en la madre una fuerza especial, y esta fortaleza le permite superar todo conflicto. Para que estos sentimientos de fortaleza y superación emerjan en la madre con VIH, se vuelve necesario, el acompañamiento y asesoría por parte del equipo de salud, como apoyo ante cualquier necesidad que se presente. Los profesionales de la salud deben estar preparados para ayudar a las madres con VIH (gestantes y puérperas) desde el conocimiento teórico, las habilidades clínicas y técnicas, como también en lo que refiere a asuntos éticos (6). No basta con cuidar la salud física de quien experimenta un embarazo y posterior maternidad con diagnóstico de VIH, también es importante velar por los aspectos psicológicos y emocionales, facilitando la superación de las madres viviendo con VIH, llegando a entender que se trata de una enfermedad crónica más.

La tercera gran unidad de significado develada fue el valor del apoyo, relación humana y educación recibida de su médico, destacando el gran valor que la participante asigna al apoyo del equipo médico del establecimiento hospitalario donde ha recibido las atenciones, tanto en el área de infectología como ginecología y obstetricia. En la medida que el tiempo y embarazo transcurrieron, las preguntas, dudas y temores iban surgiendo, por lo que el acompañamiento que el equipo médico le

brindó a la participante fue de vital importancia.

Otro aspecto a destacar es que, al conocer y comprender la experiencia que esta madre vivió, se vuelve evidente que enfermería tiene mucho que hacer en este ámbito. Enfermería puede realizar un gran aporte a los cuidados de la madre viviendo con VIH y su hijo, principalmente, desde el cuidado comprensivo. El cuidar comprensivamente es percibir intencionalmente el mundo dinámico del otro, el que se va develando en la medida que se profundiza en la relación de cuidado. Esta relación es más que acompañamiento, pues se va construyendo en la medida que la enfermera y el usuario se van conociendo. En este proceso relacional, ambos se van comprendiendo y aprendiendo a establecer puentes entre ambos mundos. Es así como, se torna indispensable comprender qué significan determinadas experiencias para él o ella, qué significa el diagnóstico, qué significa el tratamiento, qué significan los cambios en sus estilos de vida previos, comprender sus dudas y acogerlas, y dar educación e información basada en evidencia y no sólo en experiencia. En la medida que al usuario se le pregunte cómo vive determinadas experiencias en salud, en relación a su diagnóstico, tratamiento, o en este caso, sobre lo que significa vivir un embarazo y posterior maternidad siendo portadora del virus del VIH, se entrará en un diálogo, y por medio de este diálogo comprenderemos el verdadero significado de estas experiencias, y sólo desde ese significado se construirá la relación comprensiva del cuidado (15).

Sobre la base de lo expuesto, es que se plantea el desafío a los profesionales de enfermería a considerar las experiencias y vivencias por las que deben atravesar las madres con VIH, incorporando el diálogo en el cuidado, para que a través de éste se alcance la satisfacción de las distintas necesidades que van presentando estas usuarias.

## ► Referencias bibliográficas

1. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(1): 103-9.
2. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública* [en línea]. 2008 [Acceso 18 nov 2013]; 24(2): 235-46. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>
3. Novaes J, Lamounier J, Franceschini S, Priore S. Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil. *Nutrire Rev Soc Bras Alim Nutr*. 2009; 34(2): 139-60.
4. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Rev Chil Pediatr*. 2005; 76(5): 530-5.
5. Chávez A. Infección por VIH en pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2000; 71(2): 89-97.
6. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3): 371-6.
7. Moreno CC, Rea MF, Ventura FE. Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [en línea]. 2006 [acceso 2 nov 2013]; 6(2): 199-208. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30917.pdf>
8. Padoin SM, Souza IEO, Paula CC. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante (im) possibilidade de amamentar. *Rev Gaúcha Enferm* [en línea]. 2010 [acceso 1 nov 2013]; 31(1): 77-83. Disponible en: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9917/8440>
9. Streubert H, Rinaldi D. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 4ta ed. Philadelphia (USA): Lippincott; 2007. 460p.
10. Rivera MS, Uribe C, Randunz V. Metodología de entrevistas en investigación cualitativa de enfermería. En: Do Prado ML, de Souza ML, Monticelli M, Cometto MC, Gómez PF. *Investigación Cualitativa en Enfermería: Metodología y Didáctica*. Washington DC (EEUU). Organización Panamericana de la Salud; 2013. p.164-81.
11. Lucchini C, Rivera MS. Develando la experiencia de las madres que han vivido dificultades con el amamantamiento de sus hijos (as). [Tesis de Magíster]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad de Chile; 2008.
12. Echeverría R. *El búho de Minerva*. 3ra ed. Santiago de Chile: Dolmes Ediciones; 1997. 155p.
13. Chávez A, Álvarez A, Wu E. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. *Rev Chil Infectol* [en línea]. 2000 [Acceso 20 jun 2014]; 17(4): 297-301. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v17n4/art03.pdf>
14. Yagüe J, García M. ¿Qué sienten las mujeres seropositivas al VIH ante la imposibilidad de dar de mamar a sus hijos? *Evidentia* [en línea]. 2012 [Acceso 29 jun 2014]; 9(37). Disponible en: [http://www.index-f.com/blog\\_oebe/?p=422](http://www.index-f.com/blog_oebe/?p=422)
15. Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15: 158-63.
16. Machado M, Braga M, Galvão M. Problemas com a mama puerperal revelados por mães seropositivas. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1): 120-5.

17. Vasconcelos S, Galvão M, Paiva S, Almeida P, Pagliuca L. Comunicação mãe-filho durante amamentação natural e artificial na era AIDS. Rev Rene Fortaleza. 2010; 11(4): 103-9.
18. Moral J, Segovia M. Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. Rev Iberoam Psicol Salud. 2011; 2(2): 185-206.

# Como comunicamos las/os enfermeras/os: una reflexión necesaria

**Autora:**

**Cibeles González Nahuelquin.** Enfermera. Magíster en Enfermería. Profesor Adjunto Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso, Chile. E- Mail: cibeles.gonzalez@uv.cl .

## › Resumen

La comunicación es un proceso dinámico y fluido, que se genera a partir de la relación que se establece con el otro. Para el profesional de enfermería esta competencia se transforma en un vínculo vital que le permite generar una relación armónica y confiable en el proceso de cuidado. Sin embargo, la vorágine en el quehacer profesional, favorece a que tanto la relación como la comunicación que se instaura con la persona cuidada, corra el riesgo de deshumanizarse. El siguiente manuscrito tiene como propósito, reflexionar sobre como es el proceso de comunicación en la disciplina enfermera, entregando herramientas que permitan fortalecer la relación interpersonal y con ello llevar a repensar e inspirar a la enfermería con la base de su esencia, que es el cuidado humano.

› **Palabras clave:** comunicación, comunicación en salud, atención de enfermería, humanización de la atención (DeCS)

# How nurses communicate: a necessary reflection

## › Abstract

*Communication is a dynamic and fluid process, which is generated from the relationship established with the other. For the nursing professional this competence becomes a vital link that allows him to generate a harmonic and reliable relationship in the care process. However, the vortex in the professional work, favors that both the relationship and the communication that is established with the person cared for, have the risk of dehumanizing. The main purpose of the following manuscript is to reflect on the communication process in the nurse discipline, providing tools to strengthen the interpersonal relationship and thus lead to rethink and inspire nursing with the basis of its essence, which is the human care.*

› **Keywords:** *Communication, health communication, nursing care, humanization of assistance (DeCS)*

## › Introducción

La palabra comunicación tiene su origen en el latín “comunicare”, que significa poner en común (1). Para colocar alguna cosa en común, es necesario que haya el entendimiento y comprensión de lo que se comunica en la relación que se establece (2). De esta forma, el ser humano se transforma en una persona por naturaleza sociable, entregando a través del intercambio de mensajes, sentimientos, emociones, costumbres y opiniones, lo que conlleva que la comunicación cumpla un papel esencial en todos los procesos de la vida (3).

El proceso de comunicación en la disciplina enfermera cumple un papel indispensable, ya que es en el cuidado donde se refleja el más genuino acto de humanidad, la confianza y afectividad mutua de la relación que se establece con la persona cuidada, permitiendo que la/el enfermera/o y el paciente establezcan una relación armoniosa y por ende una comunicación fluida, la cual se espera favorezca la recuperación de la salud y el bienestar de la persona (4,5).

La comunicación que el profesional enfermero establece con la persona que atiende es un proceso sustentado en la experiencia de reconocer y entender lo que ella /él siente, piensa y hace, reaccionando de manera empática (5). De esta manera, el intercambio de mensajes que realiza el profesional es una herramienta que permite no solo favorecer la comprensión, aceptación y la operatividad del tratamiento, sino también es una herramienta eficaz que ayuda a disminuir el sufrimiento (4).

De esta forma, comunicarse para una/un enfermera/o es parte de su esencia, parte del cuidado, parte de la relación que establece con el otro. Henderson, describió que este tipo de acción, es un proceso interpersonal, donde se desarrolla

la empatía, refiriendo textualmente que la enfermera “debe meterse en la piel de sus pacientes”, a fin de conocer que ayuda necesitan (6).

Así, la/el enfermera/o, debe obligatoriamente establecer la comunicación como un eje articulador del cuidado que entrega, mostrando la cercanía con el paciente por medio de expresiones verbales y no verbales, lo cual favorecerá la aplicación de cuidados técnicos y propiciará no solo la satisfacción de la persona que se atiende, sino también la satisfacción de ella /el como profesional (7).

Considerando los antecedentes entregados, el siguiente artículo se ha propuesto reflexionar sobre la importancia que tiene el proceso de comunicación en la relación de la enfermera – paciente. Para comenzar, se contextualiza el proceso de comunicación, posteriormente se analiza su importancia en la enfermería y finaliza con una construcción teórica, que implica herramientas que le permitan al profesional de enfermería tener una comunicación efectiva, terapéutica, interpersonal y empática con la persona, familia o comunidad a la cual entrega su cuidado.

### LA NECESIDAD DE COMUNICARSE

Desde tiempos remotos el hombre ha tenido la necesidad de comunicarse, de expresar sus sentimientos a otro, de ser escuchado y comprendido (8). Esto lo observamos en escritos, pinturas y/o grabados que nos han legado pueblos ancestrales, donde por medio de ellos, demuestran la necesidad de establecerse en grupos, de ejercer liderazgo y de comunicarse (8). En Chile, por ejemplo, la historia rescatada del pueblo mapuche, revela la importancia que tenía – y que aún conserva- para esta etnia, la comunicación, esta se encontraba relegada principalmente a la oralidad, es decir, al traspaso de conocimientos, de creencias y de valores a través del lenguaje hablado de generación



en generación, acción que ha sido fundamental para mantener la cultura y cosmovisión a través de los años (9).

De esta forma, tomando en consideración la tradición que nos antecede, se afirma que las formas más comúnmente adaptadas por el hombre para poder establecer una relación con el otro, es la expresión verbal y la escritura. Si bien, la primera depende de la segunda y esta a su vez de la anterior, cada una posee cualidades diferentes, que hacen que la comunicación sea un proceso fluido, integrador, interactivo, continuo y modificable (8,9).

Cuando se habla del proceso de comunicar, se habla de una interacción social, donde se transmite información, se intercambian ideas, necesidades, costumbres y toda clase de opiniones y pensamientos entre un individuo que emite un mensaje y otro que lo recibe. Así, el proceso va conformando la base del desarrollo psíquico, psicológico, social y cultural de los seres humanos (10).

Para que este proceso sea eficaz – constructivo, comprendido y fluido- debe haber una intención y un contacto entre aquellos que establecen la relación, donde el intercambio de mensajes debe contener algunos elementos importantes y necesarios: un emisor, el cual es la fuente y origen de donde procede lo que se quiere comunicar; un receptor, quien recibe la información; un código, el cual corresponde a un conjunto de signos que se utilizan para transmitir el mensaje y un canal de comunicación, que corresponde a un medio físico por el cual el emisor hace llegar el mensaje al receptor (2,11).

Al establecer una relación adecuada entre estos elementos y de acuerdo a la importancia que adquieren unos u otros, se comienza a hablar de las funciones del lenguaje, estas son: la función emo-

tiva, apelativa, referencial o informativa, poética, metalingüística y la función situacional, con ellas se logra la interacción comunicativa (11).

Cuando se construye una interacción comunicativa, se establecen formas y modos de comunicación, logrando así una red coherente de mensajes enviados y recibidos, es decir, se logra un patrón comunicativo que define la forma más o menos habitual en que nos relacionamos (11), en el caso de la enfermería, como el profesional se relaciona con el paciente y su familia.

Todos los modelos comunicativos señalan que este proceso dinámico, posee dos elementos interactuantes principales: 1) el valor del contenido del mensaje y 2) el valor interaccional o perceptual del mensaje y de sus participantes, también llamado metacomunicación. El primero se refiere al aspecto de la información en si y el segundo hace referencia a como se interpreta el contenido y la forma en que los participantes perciben la relación, ambos pueden ser de tipo verbal y no verbal (2, 12). Entonces, la comunicación no solo se relaciona a la palabra hablada y al uso de mecanismos fisiológicos y cognoscitivos funcionales para hacer posible la producción y recepción del mensaje, sino que se relaciona también a esos aspectos no verbales que facilitan la percepción más exacta de los sentimientos entre dos o más personas (2, 12), caracterizándose por una interacción continua entre quienes participan en él, donde emisor y receptor se influyen mutuamente. Este fenómeno, se conoce como el principio de la reciprocidad, fue descrito por primera vez en la década del 60' y se ha constituido en la base de la comunicación y de la relación interpersonal del proceso de enfermería (12).

Por tanto, la necesidad de comunicarse es la base fundamental de las relaciones humanas, desempeña el papel más importante a la hora de ma-

nifestar los sentimientos, emociones, formas de pensamientos, cultura y creencias, por lo que es posible aseverar que la comunicación facilita la comprensión del otro y de su forma de ver el mundo (2,4,7-9).

### **LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN PARA ENFERMERÍA**

La competencia de la comunicación para la/el enfermera/o tiene diferentes acepciones, una de ellas la define como “la capacidad para transmitir hábilmente, de manera eficaz y oportuna opiniones, intenciones y creencias sin provocar deterioro en la relación con los demás” (13,14). Así definida, se enmarca conceptualmente con actividades desempeñadas especialmente en el área de la gestión clínica.

Otros autores afirman que la comunicación en enfermería es mayormente interpersonal, colocando en esta un sello humanizado, donde existe una interacción permanente entre el profesional y la persona que se atiende. Esta interacción debe mostrar comprensión, respeto y reciprocidad, incorporando y adaptando elementos de la escucha activa y del lenguaje a la propia idiosincrasia, lo que es percibido por las personas como un involucramiento genuino de la/el enfermera/o en su atención (4).

Si bien, ambas acepciones son utilizadas en la disciplina enfermera, la segunda adquiere una mayor validez a la hora de establecer una relación terapéutica, armónica e interpersonal con la persona que se cuida, puesto que, permite el adecuado reconocimiento de sus necesidades y por ende, la pronta recuperación de su salud (2, 5, 15).

Entonces, tomando en consideración lo anterior, la comunicación para la enfermería, corresponde al primer vínculo que se establece con el paciente y su familia en el proceso de cuidar, se transforma

en un elemento vital en la calidad de la relación, en la identificación del continuo salud-enfermedad y en la realización del cuidado propiamente tal, transformándose en un proceso recíproco, donde ambos (enfermera/o- paciente) se benefician (2,16).

La hospitalización o el enfrentamiento a un sistema de salud – cualquiera sea su complejidad- genera un estrés en la persona o familia, por lo que entregar una adecuada orientación, la cercanía y la comunicación que preste el profesional de enfermería genera sentimientos de confianza (15). Sin embargo, este proceso muchas veces se ve disminuido o incluso ausente, debido a que actualmente se entrega mayor importancia al conocimiento teórico y técnico que al fortalecer la relación con el otro, generando una forma de despersonalización y deshumanización en la atención, teniendo así una comunicación, mayormente de tipo referencial e informativa (4,16-19,24).

Dicha situación ha sido planteada Jean Watson, señalando que la enfermería se encuentra en un proceso ambiguo en esta área, donde se esta permitiendo que la ciencia prime en la entrega de cuidados, relegando y postergando importancia al aspecto psicosocial, que es la base de la disciplina enfermera (6,18). Se rescata textual de su apreciación: “Enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas” (18).

Esta reflexión, no solo despierta el interés por analizar aspectos inherentes a la comunicación para enfermería (en la relación persona-persona), sino que también despierta el interés en identificar herramientas que permitan mejorar la calidad

de esta comunicación, con el fin de perfeccionar la tensión existente en los discursos dominantes, tales como la tecnología, la enfermedad, la práctica basada en la evidencia y la enfermería psicosocial (12,18).

Así, la comunicación para la/el enfermera /o no es solo un proceso, sino un recurso que permite al profesional establecer una relación interpersonal con quien ayuda, es una condición sine qua non para ofrecer cuidados de calidad y asertivos que permitan fortalecer el autocuidado y la autonomía del otro (20).

Para lograr la autonomía de la persona que se cuida, el profesional en su proceso de comunicación, establece ciertos aspectos que influyen de manera directa en la atención que se entrega, los cuales son (12,21):

**Patrón de relación social convencional:** se refiere a las relaciones sociales convencionales, a reglas dictadas por la costumbre o porque se considera un comportamiento apropiado, por lo tanto, para poder comportarse convencionalmente, el individuo necesita conocer esas reglas y debe ser capaz de llevarlas a la práctica. Obtener tal conocimiento dentro de la disciplina enfermera, influye directamente en el quehacer del profesional, puesto que, al mantener un comportamiento socialmente aceptable o profesional con el paciente, familia y/o comunidad en la cual trabaja, facilitará la obtención de resultados positivos en la intervención que se realiza o que se quiera realizar. Sin embargo, mantener siempre este tipo de patrón, puede favorecer una interacción comunicacional superficial, porque no permite que ninguno de los participantes conozca al otro como ser humano único, y si la/el enfermera/permanece en este nivel de comunicación, es probable que entorpezca el comportamiento esperado y no brinde la ayuda necesaria para que el paciente logre alcanzar la

recuperación de su salud.

**Patrón de información o utilitario:** se refiere a la forma de comunicarse de un individuo en forma imperativa, es decir, da instrucciones, mandatos u órdenes a los demás. Este patrón es ventajoso cuando la información enviada es útil para el que la recibe. En la disciplina enfermera, se utiliza en indicaciones de cuidados básicos, como por ejemplo, la realización del lavado de manos previo a la atención directa, sin embargo, también es posible observarlo en la entrega de contenidos educativos, en donde la intervención se transforma en una cadena comunicativa dirigida unilateralmente. Por lo tanto, es de responsabilidad de la/el enfermera/o identificar aquellas intervenciones que deshumanizan el cuidado y ser agente de cambio en los cuidados que brinda.

**Relacionarse como patrón de comunicación:** Es la experiencia o serie de experiencias que se caracterizan por un diálogo significativo entre dos individuos. En el caso de la enfermería, el diálogo enfermera/o-paciente, donde cada uno comprende la sinceridad, la unión y el entendimiento con el otro por medio de una comunicación recíproca, la cual se obtiene al conocer al otro, al usar el conocimiento en beneficio del otro, a la sensibilidad y a la oportunidad de la interacción recíproca. Así, el profesional de enfermería debe estar dispuesto a permitir que coexistan problemas o sentimientos opuestos, con el fin de estructurar una interacción significativa, de modo que una persona pueda sentir que sus problemas son escuchados y que existe una interacción comunicacional, cuya finalidad es apoyarlo en la búsqueda y encuentro de la recuperación de su salud.

El diálogo entre los diferentes patrones, permite al profesional de enfermería establecer una relación recíproca e interpersonal y por ende, una comunicación asertiva, relevante e interactiva a

fin de alcanzar los objetivos que se tienen con el cuidado.

### **CONSTRUCCIÓN TEÓRICA PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN ENFERMERÍA**

Para que la/el enfermera/o pueda despojarse de todos los prejuicios y logre establecer una comunicación efectiva, asertiva, interpersonal y humanizada con la persona que atiende, debe volver a la esencia de la enfermería, a recordar que el cuidar fundamenta el Ser Enfermero/a, donde cada profesional “es” en la relación con el otro, reconociéndolo en toda su forma como una persona única, capaz de ejercer su autonomía y libertad (en mayor o menor grado). Esto se logra al comprender que el paciente no le pertenece, incluso en estados de mayor vulnerabilidad (6,18).

Incorporando lo señalado, el profesional debe ser capaz de comunicarse efectivamente, pero ¿cómo lograr que este fundamento teórico atravesase y permee al conocimiento práctico, tan en boga en este tiempo?

Para ello, se necesita que la/el enfermera/o posea competencias y habilidades que le permitan fortalecer y mejorar la comprensión del otro. En este sentido, la filosofía propuesta por Jean Watson, postula que los cuidados deben ser transpersonales, esto significa “tener relación de cuidado humana- una unión con la otra persona- muy respetada para la persona y su estar en el mundo”, para lo que establece diversos factores que permiten a la/el enfermera/o mantener una relación y comunicación verdadera, fluida, humanizada y real (6,18,22).

Para establecer una relación y comunicación armónica entre lo que describe Watson en su filosofía y lo que requiere la/el enfermera/o en su práctica diaria, se proponen los siguientes constructos, que se esperan, permitan fortalecer esta

competencia:

**1. Respetar la fe a través de la verbalización**, tanto del profesional como de la persona enferma: esta habilidad esta basada en la capacidad de mantener un sistema de creencias y valores, que sean compatibles con la libertad de cada uno de los involucrados en el proceso comunicativo. Para la persona que es cuidada la verbalización disminuye la tensión y la ansiedad frente a la patología que lo aqueja, el hablar no solo de su enfermedad, sino de sus pensamientos, temores y dudas respecto a lo que le acontece, le ayuda a sobrellevar la experiencia de la enfermedad, el creer en “algo” o “alguien” genera una forma de confianza y el verbalizar este sentimiento contribuirá al proceso de sanación (6,12,18). Para el profesional, la verbalización le capacita para identificar las necesidades de la persona enferma y en el sentido de la fe y la esperanza, le permite generar un ambiente de confianza en el cuidado que se brinda, lo describe así un pensamiento alojado en la memoria del colectivo de enfermería “no siempre es factible curar, pero siempre es posible cuidar”, la fe no necesariamente logrará la curación, pero siempre estará asociada al cuidado (18,23).

**2. Ser sensible consigo mismo y con los demás:** este aspecto pretende comprender las dinámicas personales, sociales y culturales de cada uno de los involucrados en el proceso comunicativo. Watson señala que “el ser humano es un ser sintiente”, por lo que, es necesario que el profesional de enfermería en su quehacer, no separe su sensibilidad hacia el otro, puesto que, si esto sucede, las personas (o pacientes) tenderán a esconder, negar o disimular sus sentimientos (6,18,23). Cuando la / el enfermera/o se rehúsa a reconocer sus propios sentimientos, difícilmente podrá comprender los sentimientos del otro (18), el demostrar los sentimientos y ser honestos con ellos, permitirá y fa-

cilitará la comunicación que se establezca en la relación enfermera/o-paciente y su familia.

**3. Demostrar empatía y bondad en el contexto del cuidado:** este aspecto se genera a través de la práctica amorosa, donde el profesional de enfermería reflexiona desde su propio desarrollo moral, desde su propia experiencia y del desarrollo que ha logrado como individuo (6,18). El demostrar empatía en el proceso comunicativo con la persona que se atiende, evidencia la capacidad de participar en los sentimientos o ideas del otro, sintiendo, compartiendo y aceptando aquellas emociones. Demuestra estar consciente del carácter único de la persona, considerándolo como en ser igual a ella/el misma/o, es decir, si el paciente se percata de que es tratado como un “objeto” se pondrá de inmediato a la defensiva, sin embargo, si percibe que la/el enfermera/o se interesa por él y por lo que siente, se generará una relación de confianza, reflejada en la comunicación que establezca con ella/el (6,12).

Para que el profesional de enfermería desarrolle esta empatía, debe poseer dos condiciones, la primera es aceptarse a sí mismo como persona y, la segunda es poseer la capacidad de escuchar todos los mensajes transmitidos por el paciente, siendo sensible y respetuoso con cada uno de ellos (6,12). Si la/el enfermera/o ejercita este tipo de acción, logrará una comunicación eficaz (6,12,18).

**4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza:** para su desarrollo es necesario que la/el enfermera/o fortalezca no solo la sensibilidad y el altruismo sino que es de vital importancia que fortalezca la congruencia, la honestidad y la verdad.

Para Watson, este último se logra delimitando tres guías (18):

- Evitando la emisión de discursos programados tipo “contestador telefónico”, los cuales pue-

den bloquear la autenticidad y favorecer la distancia del y para el paciente.

- Reconocer las dificultades propias de la relación que se establece con el otro, siempre recordando, que el proceso comunicativo posee dos emisores y dos receptores.
- Reconocer que las experiencias que tienen los pacientes y la/el enfermera/o son vitales para el proceso comunicativo, lo cual se basa en el autoaprendizaje y la introspección.

**5. Fortalecer y mantener la creatividad del “arte de cuidar”:** La concepción estética de la enfermería, de donde proviene el constructo “arte de cuidar”, es una dimensión que representa la belleza de la profesión. Nightingale ya lo describía en 1959, donde enfatiza como arte al “proceso de la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente” que fundamenta las acciones concretas del cuidado, concepto que rescata la dimensión esencial de la naturaleza de la enfermería (25). El mantener la creatividad y la belleza de la disciplina enfermera en el proceso comunicativo, es un desafío constante, es un aspecto que se tiene que sobreponer a la multiplicidad de actividades que realiza la/el enfermera/o en su quehacer diario y sobre todo a la rigidez y mecanicidad en las acciones, que si bien permiten la resolución de los problemas, impiden visualizar el fondo de la acción, de la relación y de la comunicación que se establece con el otro. En este sentido, para Watson, es necesario disminuir o eliminar la sistematización excesiva de normativas, los cuales impiden el desarrollo creativo de la profesión, recordando que cada individuo desarrolla su forma de encontrar significados en la vida (18).

Lo expuesto, fija lineamientos o guías para que el profesional de enfermería pueda establecer una comunicación efectiva, que si bien se encuentra



implícita en la profesión y en el cuidado, es necesario valorar, fortalecer y mejorar, para generar una nueva visión, donde el cuidado se brinde en base a las necesidades sentidas de los pacientes (15).

El mantener una actitud efectiva y afectiva en el cuidado, supone un conocimiento de lo que los pacientes necesitan, donde la personalización, la humanización, la actitud cercana y respetuosa hacia el otro y las habilidades comunicativas deben ejercer un papel fundamental, recordando siempre cual es la esencia de la profesión, que no es otro que el servir, lo que debe realizarse con amor.

Para finalizar, es importante recordar lo señalado por Watson, para quien el cuidado de enfermería se caracteriza por su naturaleza intencional y se funda en el conocimientos y destrezas específicas complejas, ella describe (el cuidado) como el “proceso... de compromiso conciente que armoniza con el amor a nivel universal y por ello tiene un alto potencial sanador, cuyos efectos se extienden más allá de los límites del acto de cuidado” (25).

### **CONSIDERACIONES FINALES**

El proceso de comunicación es un proceso dinámico, con un continuo intercambio de mensajes, transformándose así, en un fenómeno interindividual, interno - externo e individual - colectivo, donde la comprensión y la interpretación de cada emisión y recepción de mensajes posibilita innumerables significaciones (2).

La comunicación para la/el enfermera/o constituye un pilar fundamental en el proceso de cuidado, le permite encontrar en aquellas significaciones recibidas, la información necesaria para identificar las necesidades y establecer un proceso de cuidado (4,15,22, 23), que tiene por finalidad ayudar al paciente y su familia a asimilar su problema de salud y eventual tratamiento, estableciendo así

el carácter humano de la disciplina (22).

Establecer un modelo de comunicación específico para la disciplina enfermera, es un desafío, ya que debe involucrar aspectos científicos y humanistas que permitan un sincretismo no competitivo entre sus componentes, donde generalmente, el elemento científico cobra mayor relevancia a hora de entregar los cuidados (4).

Actualmente existen teorías que acercan a la/el enfermera/o a la esencia de la disciplina, donde se establece que la humanización es un componente significativo y único en el quehacer del profesional, donde el proceso de comunicación cobra relevancia para conocer al otro, para posicionarse en su realidad y comprenderlo.

Lo expuesto hace reflexionar sobre la manera de comunicarnos como enfermeras/os, sobre la importancia que le damos a esta competencia y como podemos establecer herramientas que nos permitan mejorar y fortalecer la habilidad comunicativa en el proceso enfermero.

Se espera que esta reflexión permita inspirar a los profesionales de enfermería, a re-pensar cómo es nuestro quehacer diario, cómo establecemos modelos de comunicación, que muchas veces son imitados por las nuevas generaciones, cómo estamos entregando el cuidado y cómo es la relación con el otro.

Para finalizar, se recuerda la frase inspiradora de esta reflexión:

“Enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas” (18).



## ► Referencias bibliográficas

1. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario. [Actualizado 2017; Consultado abr 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
2. Oliveira M, Fenili R, Zampieri M, Martins C. Un Ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Global* [en línea]. 2006 (may). [Consultado 19 abr 2017]; 8. Disponible en: [revistas.um.es/eglobal/article/view/450](http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450)
3. Vanegas B, Castro L, Páez M, Ramírez N, Salcedo L. Comunicación del profesional de enfermería en pacientes que tienen dificultad en la expresión verbal por sordera. *Rev Colomb Enferm*. 2008; 3(3): 13-20
4. Landman C, Cruz MJ, García E, Pérez P, Sandoval P, Serey K, et al. Satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación profesional de enfermería. *Cienc enferm*. 2015; 21(1): 91-102.
5. Galiano M, Falcon O, González L, Montesino I, Capote J, Fleitas H. Comunicación del personal de enfermería con el paciente glaucomatoso. *Invest Medicoquir*. [Internet]. 2014 (jul-dic) [Consultado 05 may 2017]; 6 (2): 229-41. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2014/cm-q142g.pdf>
6. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 8va ed. Barcelona (España): Elsevier; 2014.744p.
7. Müggenburg C, Robles R, Valencia A, Hernández M, Olvera S, Riveros R. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Ment*. 2015; 38(4): 272-80.
8. Rousseau JJ. Ensayo sobre el origen de las lenguas. Buenos Aires (Argentina): Ediciones Godot; 2014. 112p.
9. Bengoa J. Historia del pueblo mapuche siglos XIX y XX. 3ra ed. Santiago de Chile: Ediciones LOM. 2000. 430p.
10. Barranco S, Ventura P, Coronado P. Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas. *Index Enferm*. 2016; 25(4): 253-7.
11. Fuentes JL. Comunicación: Estudio del lenguaje. 2da ed. Barcelona (España): Bibliográfica Internacional. 2007. 554p.
12. Laddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Ciudad de México: JB Lippincott company. 1989. 395p.
13. González C. Competencias en enfermería intensiva. Madrid (España); Editorial Académica Española. 2016. 142 p.
14. Alles M. Diccionario de competencias laborales. Buenos Aires (Argentina); Ediciones Gránica SA. 2004. 296p.
15. Mendonça LC, De Freitas KN, Pereira K, Ferreira T. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensivo. *Cul cuid*. 2014 (may-ago); XVIII(39): 84-92.
16. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm universitaria*. 2015 (sep); 12(3): 134-43.
17. Superintendencia de Salud de Chile. Estudio de usuarios del sistema de salud y prestadores respecto a la ley de derechos y deberes del paciente. Santiago de Chile; 2014. 102 p.

18. Urra M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc enferm.* 2011; 17(3): 11-22.
19. Ferreira S, Oliveira L, Munari D, Barbosa M, Peixoto M, Ayres K, et al. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enferm glob.* [Internet]. 2015 (ene). [Consultado 28 may 2017] ; 14(37): 192-203. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S1695-61412015000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es).
20. Díaz A, De Vera I, Del Toro M, Bilbao N, Vega A. Modelo de Estructura Funcional para el Cuidado y Comunicación a Pacientes Pediátricos. Investigación cualitativa en educación [Internet]. 2016. [Consultado 28 mayo 2017]; 2. Disponible en: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/749/736>
21. Miralles M. Lenguaje y comunicación. 10ª Ed. Chile. Ed. Universidad Católica de Chile. 2006. 387p.
22. Landman C, Canales S, Garay V, García P, López C, Pérez J, et al. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enfermería (Montev).* 2014; 3(2): 12-21.
23. Hernández L. La mujer con cáncer de mamas: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *Enferm universitaria.* 2016 (sep); 13(4): 253-9.
24. Landman A, Del Alcazar RM, Madrid Y, Pais L, Rosenkranz E, Vivanco I. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. *Enfermería (Montev).* 2014; 5 (1): 29-34.
25. Rivera S. El arte de cuidar en enfermería. *Horiz enferm.* 2004; 15: 11-22.

# Diagnóstico de estrés por sobrecarga basado en el modelo conceptual de Imogene King

## Autoras:

**Natalia Pérez Ortiz.** Estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica.

**Vivian Vilchez-Barboza.** Enfermera, Doctora en Enfermería. Docente Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica. E-mail: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

*\* Proceso de enfermería realizado durante el desarrollo del Trabajo Final de Graduación titulado: "Efecto de Intervención de Enfermería en Riesgos Psicosociales del Trabajo para la Calidad de Vida Relacionada con Salud en Funcionarios(as) de una Institución Pública Costarricense, durante el año 2016", como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica.*

## › Resumen

El presente estudio de caso se realizó en un adulto trabajador de una institución pública costarricense. Se utilizó el Modelo Conceptual de Interacción de Sistemas de Imogene King y su teoría de Consecución de Objetivos. La metodología establecida para el estudio de caso fue a través de la aplicación del Proceso de Enfermería y la utilización del lenguaje taxonómico como indicador empírico para la planificación del cuidado; NANDA en la expresión de diagnósticos, NOC para la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) y NIC para la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Se desarrolló un plan de cuidados priorizando las necesidades, con intervenciones que dieron respuesta a dichas necesidades. Como resultado se obtuvo la evidencia de la gestión del cuidado de enfermería en un ambiente laboral, a una persona con diagnóstico de estrés por sobrecarga.

› **Palabras clave:** Enfermería, Atención de Enfermería, Calidad de Vida, Salud Laboral, Riesgos Laborales (DeCS).

# Diagnosis of stress overload based on Imogene King's conceptual model

## › Abstract

*This case study was conducted with an adult worker in a public institution of Costarrica. We used the Imogene King's Conceptual Model of Systems Interaction and her Achievement Goal Theory. The established methodology is a case study that developed the Nursing Process and the use of taxonomic language as an empirical indicator for care planning; we applied NANDA for the diagnosis expressions, we also used NOC for the Nursing Outcomes Classification (NOC) and NIC for the Nursing Interventions Classification (NIC). A care plan was developed prioritizing the needs, it includes interventions that answered those needs. As a result, we got the evidence of Nursing care management in a work environment of a person with stress overload diagnosis.*

› **Keywords:** Nursing, Nursing Care, Occupational Health, Life quality, Occupational (DeCS).

## › Introducción

En el transcurso del siglo XX se ha producido un cambio en el concepto de salud como un constructo social. Definido como un fenómeno con implicaciones sociales, políticas, económicas, y culturales, pero sobre todo un derecho fundamental (1). King agrega que, salud es un proceso dinámico del ciclo vital, el cual contempla los ajustes a los agentes estresantes del entorno interno y externo, ajustes que se realizan a través de la optimización del uso de los recursos para lograr el máximo potencial para la vida diaria y que influyen en la capacidad para funcionar en los roles sociales (2). Aunado a esto, es evidente que trabajar va siendo cada vez menos una actividad física y pasa a ser sobre todo una actividad mental, de procesamiento de información, de solución de problemas y de gestión de incertidumbre (3).

Por tanto, se da relevancia a aspectos como la iniciativa, la toma de decisiones, la asunción de riesgos para resolver problemas, la innovación en el puesto de trabajo, los mecanismos de autocontrol y autorregulación y el desarrollo de estrategias de automotivación (3); dando respuesta a este contexto, es que se establecen políticas dirigidas a la búsqueda de entornos laborales saludables, donde se incluye la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales derivado de las tareas, la tecnología y las personas.

En concordancia con lo mencionado, la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) se convierte en un constructo relevante a trabajar por la enfermería, la cual es comprendida, como la percepción que tiene el individuo de su estado de salud (4), en la cual el ambiente laboral es un factor altamente influyente, por el tiempo y esfuerzo que cada persona le invierte.

De acuerdo con esto, el plan de estudios de Licen-

ciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, insta a trabajar la salud no solo en ámbitos hospitalarios, sino también extrahospitalarios, como lo son los ambientes laborales, considerando la importancia de promocionar la salud y dar respuesta desde la disciplina al contexto epidemiológico del país. Es por esta razón, que se desarrolla este Trabajo Final de Graduación, titulado: "Efecto de Intervención de Enfermería en Riesgos Psicosociales del Trabajo para la Calidad de Vida Relacionada con Salud en Funcionarios(as) de una Institución Pública Costarricense, durante el año 2016", que consiste en sistematizar e integrar conocimientos alrededor de un tema académico, incorporando la teoría propia de la disciplina y un método de investigación científico validado. Para lograr un análisis sobre el tema, este trabajo posee dos componentes: uno investigativo y uno reflexivo, el presente manuscrito corresponde a la fase reflexiva.

El abordaje consistió en la aplicación del Proceso de Enfermería (PE), entendido como la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los/as profesionales de Enfermería prestar cuidados que se nos demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática (5).

Así, el objetivo de este estudio de caso es describir el proceso de enfermería aplicado a un adulto trabajador con necesidad de disminuir el estrés por sobrecarga laboral, por medio una intervención de enfermería.

## › Metodología

Un estudio de caso, es una herramienta valiosa de investigación que permite medir y registrar la conducta de la persona involucrada en el fenómeno estudiado (6). Para la etapa de valoración, se realizó un análisis desde la teoría de Imogene King,

bajo el marco conceptual del Sistema de Interacciones (7).

La teoría sustenta que el Proceso de cuidado de Enfermería identifica y explica algunas de las funciones esenciales de los/as enfermeros/as, que son la evaluación de salud de las personas, la formulación de un plan de acción y la evaluación de su efectividad (8). Para el diagnóstico del caso, se establece el uso de la Taxonomía NANDA I 2015-2017 conformada por 13 dominios, 47 clases y 235 etiquetas diagnósticas (9), y sus respectivos vínculos con NOC (Nursing Results) y NIC (Nursing Interventions).

El Proceso de Enfermería se realizó en un período de cuatro meses distribuidos de la siguiente manera:

- **Mes 1:** Un primer momento donde se ejecuta la valoración, seguido de un análisis crítico y reflexivo de la información obtenida para la identificación de la necesidad prioritaria, diagnóstico con taxonomía NANDA, NIC y NOC para el desarrollo del plan de cuidados.
- **Mes 2:** En un segundo momento, se comenta el diagnóstico con el usuario y se establece un acuerdo para realizar las actividades propuestas considerando la disponibilidad de tiempo.
- **Mes 3:** La tercera sesión consistió en el seguimiento al usuario, donde se ve la evolución en la ejecución de las actividades y se identifican los posibles obstáculos percibidos y sentimientos experimentados.
- **Mes 4:** En la cuarta sesión, se evaluó a la persona y se aplicaron los instrumentos iniciales en una segunda medición.

La valoración incluyó la entrevista del Historial de Enfermería (10), el cual se compone de los instrumentos:

a) Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, este cuestionario fue validado en la encuesta basal del programa Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles (CARMEN) que se realizó en el año 2000, en el Cantón Central de Cartago (11).

b) Cuestionario SF-36 v.2, que mide Calidad de Vida relacionada con Salud (CVRS), este instrumento es considerado el mejor para medir el estado de salud de una población desde un punto de vista global; contiene 36 ítems e incluye 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las cuales se resumen en dos componentes: Salud Física y Salud Mental (12).

c) Además, se realizó una valoración física que incluyó la toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, respiraciones por minuto, temperatura corporal, y medidas antropométricas como el peso, talla e índice de masa corporal (IMC).

## › Descripción del caso

L.X.W (como se denominará en adelante al usuario), es un hombre costarricense, de 28 años de edad, casado sin hijos. Trabaja como abogado, brindando sus servicios a una institución pública, con una jornada laboral entre 10 a 12 horas por día, incluidas las que utiliza en su casa, además los fines de semana suele trabajar.

### VALORACIÓN GENERAL

La primera etapa del Proceso de Enfermería es la valoración, donde es importante destacar que debe ser integral y eficaz (13).

Los datos en la valoración individual de L.X.W son



los siguientes: como antecedentes tiene Hipertensión Arterial (HTA) desde hace un año (27 años), controla la patología con medicamentos como Enalapril (14) e Hidroclorotiazida (15), además de ir a control cada 6 meses.

En la valoración física, se obtuvieron los siguientes valores en los signos vitales: Presión arterial: 118/80 mmHg, frecuencia cardíaca 62 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones/minuto, temperatura 36,2°C, talla 1,64 metros, peso 84 Kg y un IMC de 31,23, que se categoriza como obesidad moderada (16).

Para la descripción del Historial de Enfermería, se desarrollan cada uno de los sistemas del usuario:

- Sistema personal: Dentro de la percepción y conocimiento del “yo”, L.X.W señala que “se siente perdido, que ha perdido su forma de ser por el estrés del trabajo”. Este estrés, manifiesta, le ha generado muchos problemas físicos, ha notado que en épocas de alta carga laboral, la presión arterial se ve afectada, le genera dolores corporales característicos del estrés, como la tensión muscular en hombros, espalda, cefaleas, colitis, entre otros (17). Señala que padecer a tan temprana edad HTA, le genera preocupación y temor porque cree que su salud va a empeorar. Además, es su trabajo siente frustración, según sus propias palabras “quisiera salir corriendo”.
- Sistema interpersonal: El subsistema conyugal, se ha visto afectado por la demanda laboral y el tiempo que exige, L.X.W expresó que su esposa se ha sentido “sola”, cree que no le dedica tiempo suficiente a la pareja y esto le ha traído problemas que generan más ansiedad en el usuario.
- Sistema social: En relación al sistema social, L.X.W señala que siente una carga de trabajo

importante, su principal molestia se engloba en la cantidad de trabajo y tiempo para presentarlo, esto le ha generado una insatisfacción general en cada aspecto del trabajo: supervisión, ambiente, prestaciones recibidas y en la parte intrínseca.

## ETAPA DIAGNÓSTICA

Corresponde a la segunda fase del Proceso de Enfermería, y se refiere al juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo (18).

Para la aplicación de la etapa diagnóstica, se utilizó la taxonomía propuesta por NANDA-I (North American Nursing Diagnostics Association) (19). El diagnóstico prioritario pertenece al dominio de Afrontamiento/Tolerancia del estrés (20), enfocado en promover la salud laboral y reducir riesgos psicosociales, generando un impacto positivo para el sistema personal, interpersonal y social del usuario. El diagnóstico seleccionado fue:

### 00177 Estrés por sobrecarga

Dentro de las características definitorias que se encontraron en la valoración, L.X.W presenta la expresión del exceso de estrés situacional y la sensación de tensión (21).

## ETAPA DE PLANIFICACIÓN

La etapa de planificación se sustentó en las acciones de enfermería basada en las respuestas humanas (22), abordadas desde la teoría de Consecución de Objetivos, propuesta por Imogene King (23). En esta etapa se busca la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, además se procede a la elección del modo de intervención y la determinación de actividades que impliquen a la persona en

su propio cuidado (24).

Se identifican como NOC (25) los siguientes resultados para medir la resolución del diagnóstico: (1212) Niveles de estrés y (2102) Nivel de dolor, donde se establece el siguiente objetivo para alcanzar en conjunto con el usuario: El usuario será capaz de reducir el estrés por sobrecarga en un período de 4 meses. Para dichos NOC, se establecen los siguientes indicadores:

(1212) Nivel de estrés:

(121201) Aumento de la presión arterial

(121205) Aumento de la tensión muscular en hombros

(121206) Cefalea tensional

(121212) Malestar estomacal

(121222) Ansiedad

(2102) Nivel de dolor:

(210201) Dolor referido

(210209) Tensión muscular

(210212) Presión arterial

La intervención (NIC) (26) que se planificó valorando la relevancia de: (0180) Manejo de la energía y (1400) Manejo del dolor, donde se plantean las siguientes actividades:

### **EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**

La penúltima etapa consta de la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, la ejecución propiamente dicha y la documentación o registro, donde interviene según la planificación, la persona, el/la enfermero/a, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería (27).

Para el desarrollo de esta etapa, se llevó a cabo una actividad que incluyó la organización de prioridades en la vida, tomando en cuenta que las per-

sonas son seres integrales (28). Se diseñaron dos tablas iguales donde se colocaron tres cuadros en cada una, acomodados en orden jerárquico como primer, segundo y tercer nivel; en la primera tabla se le pidió al usuario que escribiera en orden las tres prioridades actuales en su vida, el resultado fue el siguiente: 1º Trabajo, 2º Familia y 3º Él mismo. Seguidamente, se le solicitó que hiciera un breve análisis de la tabla y reorganizara las prioridades según lo que consideraba que era realmente importante, en la segunda tabla se obtuvo lo siguiente: 1º Él mismo, 2º Familia y 3º Trabajo.

Además, se incluyó una hoja donde se encontraba la figura de una persona, el usuario marcó las zonas de dolor y se realizó la respectiva explicación sobre la relación entre el estrés manifestado y las zonas afectadas (29). Finalmente, después de la reorganización y la elección de las zonas de dolor, se llegó a un objetivo común que recibió seguimiento mensual durante cuatro meses.

### **EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

La última etapa del proceso es la evaluación, definida como “una actividad planificada, en curso, con propósito, en el que los/as usuarios/as y los/as profesionales de la salud determinan el progreso del/la usuario/a hacia el logro de metas / resultados y la eficacia del plan de cuidados de enfermería” (30).

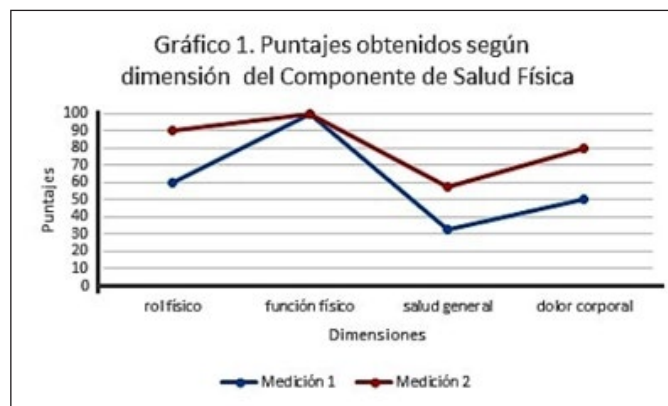
Para la evaluación y el alcance de los objetivos planteados, se desarrolló un proceso de cuatro meses con citas periódicas cada mes. En la primera cita se realizó la entrega del diagnóstico de Enfermería, posterior al correspondiente análisis de los resultados obtenidos en el instrumento SF-36, y la organización de las actividades antes descritas; en la segunda cita se llevó a cabo un seguimiento, donde se abarcaron las siguientes preguntas: ¿Cómo ha sido llevar el proceso y cumplir

con las actividades?, ¿Cuáles han sido los principales obstáculos para alcanzar la meta?, ¿Existe un punto que deseé agregar al proceso para establecer como objetivo?; para cada pregunta el usuario brindaba su respuesta y se llegó al acuerdo de incluir en la meta la mejora en la condición física a través del ejercicio y la asesoría nutricional. La cita final fue donde se realizó la evaluación y se volvió a aplicar el instrumento SF-36 para evaluar los logros alcanzados durante el proceso.

Como resultado de esta evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Componente de Salud Física: En la primera medición (Mes 1) el puntaje obtenido en este componente fue 61 y en la segunda medición (Mes 2) el puntaje fue 82.

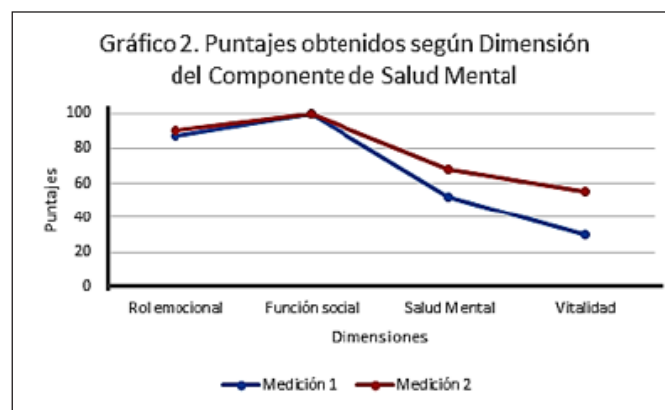
A continuación, en el Gráfico 1 se muestran los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones que integran el Componente de Salud Física:



Fuente: Elaboración propia.

- Componente de Salud Mental: En la primera medición (Mes 1) el puntaje obtenido en este componente fue 67 y en la segunda medición (Mes 2) el puntaje fue 76.

A continuación, en el Gráfico 2, se muestran los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones que integran el Componente de Salud Mental:



Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, cada uno de los componentes con sus dimensiones aumentaron el puntaje en cuanto a la CVRS, lo cual fue congruente con lo expresado por el trabajador. Los indicadores planteados para la evaluación alcanzaron puntajes que evidenciaron el alcance de los objetivos establecidos en el plan de cuidados. El trabajador manifestó sentirse mucho mejor, haber recuperado su estabilidad de pareja y parte de su esencia como persona.

## › Conclusiones

El desarrollo del presente estudio de caso concluye que la presencia de Enfermería en un espacio laboral desarrolla una mejoría en la salud de las personas trabajadoras. Se destaca, según lo visto en la etapa de evaluación, que un proceso de cuatro meses conlleva una mejoría importante, sin embargo, aún existen dimensiones como “Salud general” y “Vitalidad” que continúan con una nota por debajo de los rangos adecuados; esto refleja la necesidad de brindar continuidad al proceso dentro del área de trabajo, para promover el aumento de cada una de las dimensiones, siempre enfocado en las respuestas humanas individuales que generan necesidades de abordaje personalizadas. El o la enfermero/a es capaz de llevar a cabo dicho seguimiento, promoviendo el alcance

de metas, no sólo a nivel individual, sino grupal, por el impacto que tiene un trabajador con un estado adecuado de salud y motivado, en la productividad de la institución.

## › Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington (EEUU): OPS; 2005. 33p.
2. King IM. A theory for nursing: System, concepts, process. New York (EEUU): John Wiley & Sons. 1981. 181p.
3. Peiró JM. El Sistema de Trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Univ Psychol. 2004; 3(2): 179-86
4. García GH, Vera G, Lugo L. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013; 3(21): 26-39.
5. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermer. [en línea] 2009. [acceso jun 2016] 25(1-2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf101\\_209.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf101_209.pdf).
6. Martínez PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y Gestión. 2006; 20:165-93.
7. Rachal B. Imogene King: King's conceptual systems and theory of goal attainment. 2013. Disponible en <https://brandonrachal.com/files.wordpress.com/2013/01/imogene-king-handout.pdf>
8. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona (España): Elsevier / Mosby. 2011. 797p.
9. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de Enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010. 414p.
10. Figueroa GJ, Rodríguez V. Proceso de Enfermería. Universidad del Sagrado Corazón. [en línea] 2010. [acceso jun 2016] Disponible en: [http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD\\_10/Enfermeria\\_Obtetrix/19.pdf](http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetrix/19.pdf)
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Washington (EEUU): OPS; 2010. 176p.
12. Tuesca R. La Calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. 2005; 21: 76-86.
13. Duque P. Factores relacionados con la aplicabilidad del proceso atención de enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. Rev Univ Salud. [en línea]. 2014 91- 102; 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n1/v16n1a09.pdf>
14. Fernández P, Lizasoain I, Leza JC, Moreno A. Manual de farmacología básica y clínica. 18va ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid (España). 2012. 1344p.
15. Katzung B, Masters S, Trevor A. Farmacología básica y clínica. 12ma ed. McGraw-Hill. México DF (México). 2013. 1236p.
16. Lopategui E. Determinación del Índice de Masa Corporal. Experimento de laboratorio I-23 [en línea]. 2008. [acceso jun 2016]; Disponible en: [http://www.saludmed.com/labsfisiologiaejercicio/nutricionyantropometricas/LAB\\_I23-Indice\\_Masa\\_Corporal.pdf](http://www.saludmed.com/labsfisiologiaejercicio/nutricionyantropometricas/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf)

17. Daneri MF. Psicobiología del Estrés. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. [en línea]. 2012. [acceso jun 2016]; Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/090\\_comportamiento/material/tp\\_estres.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf)
18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev Salud Pública Parag. 2013; 3(1): 41-8.
19. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Barcelona (España): Elsevier; 2014. 512p.
20. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección del duelo complicado. Psicooncología. 2012; 9(2-3): 355-68.
21. Mingote JC, Pérez S. Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid (España): Ediciones Díaz de Santos; 2003. 160p.
22. Gobernado MM. El proceso del duelo; prevención y tratamiento de su complicación. [Tesis de pregrado] Murcia (España): Universidad Católica de Murcia; 2014.
23. Salazar Y. Proceso de Atención de Enfermería P.A.E. Universidad Nacional Autónoma de México. [en línea]. 2013. [acceso jun 2016]; Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
24. Moorhead S, Johnson ML, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 4ta ed. Madrid (España): Elsevier; 2009. 912p.
25. Bulechek G, Butcher H., McCloskey- Dochterm J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 5ta ed. Madrid (España): Elsevier; 2010. 976p.
26. Fernández C. M. La psicoterapia cognitivo conductual y algunas terapias alternativas complementarias (Propuesta de intervención). [Tesis de pregrado] Estado de México: Universidad autónoma del Estado de México; 2013.
27. Martínez M. Dimensiones básicas de un Desarrollo Humano Integral. Rev Univ Bolivariana. 2009; 8(23): 119-38.
28. Comín E, Albarrám I, Gracia A. El estrés y el riesgo para la salud. Zaragoza (España): Editorial MAZ; 2015. 46p.
29. Doenges E, Moorhouse MF. Proceso y diagnósticos de enfermería: aplicaciones: aplicaciones. México D.F: Editorial El Manual Moderno; 2014. 319p.
30. Alfaro P, Chaves N, Mata K, Pérez N, Vílchez V. Proceso de Enfermería en un adulto trabajador con diagnóstico de duelo complicado. Sanus. [en línea] 2016 [acceso oct 2016]; 1(2): 38-45. Disponible en: <http://www.sanus.uson.mx/resumen.php?rev=2&art=14>



# Cuidados de enfermería a un lactante con alteración del desarrollo psicomotor

## Autores:

**Camilo Guerrero-Nancuante.** Enfermero, Académico Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

E-mail: camilo.guerrero@uv.cl

**Laura Bravo-Morales.** Estudiante de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mail: laura.bravom@alumnos.uv.cl

**Lucy Armstrong-Barea.** Enfermera-Matrona, Magíster en Enfermería Clínica, Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mail: lucy.armstrong@uv.cl

**Francisca González-Adonis.** Enfermera, Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

E-mail: francisca.gonzalez@uv.cl

**Mackarena Tapia-Vásquez.** Enfermera, Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

E-mail: mackarena.tapia@uv.cl

## › Resumen

La atención de salud a los niños en Chile se realiza a través del control de salud infantil, en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Mediante esta estrategia, las/os enfermeras/os pueden supervisar el crecimiento y desarrollo infantil, implementan actividades de promoción de la salud y pueden pesquisar anomalías oportunamente. Uno de los problemas frecuentemente detectados son las alteraciones del desarrollo psicomotor. Este artículo tiene como objetivo aplicar el proceso de enfermería a lactante con alteración del desarrollo psicomotor en un CESFAM de la comuna de Valparaíso, esto con el propósito de identificar los aspectos más relevantes de los cuidados de enfermería y el seguimiento para la resolución de este problema de salud. Para ello, se utilizó el enfoque de la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson, obteniendo una adecuada sistematización de información y la posterior entrega de cuidados al lactante y su familia. Se concluye respecto a la importancia del trabajo de la/el enfermera/o en torno a la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo psicomotor, la promoción de salud de este problema, el esfuerzo multidisciplinario y el compromiso del núcleo familiar.

› **Palabras clave:** Atención de enfermería, Desempeño Psicomotor, Atención primaria de salud, Cuidado del lactante (DeSC).



# Nursing care to an infant with amendment of psychomotor development

## › Abstract

Health care for children in Chile is carried out through the control of children's health in the Family Health Centers (CESFAM). Through this strategy, nurses can monitor growth and development, implement health promotion activities as well as detect anomalies in a timely manner. One of the problems frequently investigated is the alterations of the psychomotor development. This article aims to analyze the case of an infant with altered psychomotor development in a CESFAM of the commune of Valparaíso, with the purpose of identifying the most relevant aspects of Nursing care and follow up to solve this problem of Health. To do this, the Nursing process was used with the approach of the theory of the 14 necessities of Virginia Henderson, obtaining an adequate systematization of information and the subsequent delivery of care to the infant and his family. We conclude with respect to the importance of the work of the nurse around the timely investigation of alterations of the psychomotor development, the health promotion of this problem, the multidisciplinary effort and the commitment of the family nucleus.

› **Keywords:** Nursing care, Psychomotor performance, Primary health care, Infant care (DeCS).

## › Introducción

Desde la conferencia internacional de ALMA-ATA, en el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha declarado la importancia del fortalecimiento de la atención primaria como estrategia para el desarrollo sustentable de sus países miembros (1). La tecnología, los conocimientos científicamente avalados y la participación activa de las comunidades, permiten que la atención primaria de salud (APS) sea un pilar fundamental para dar cumplimiento a los objetivos sanitarios globales y locales. Destaca entre sus principales ejes: la superación de la desigualdad, la protección de la salud y el desarrollo comunitario, siendo estas aún un asunto de debate (2).

En Chile, el modelo de salud ha transmutado desde un paradigma biomédico a otro con enfoque familiar y comunitario, impactando en la distribución de recursos materiales y humanos que - a largo plazo- mejoran la calidad de atención desde la etapa prenatal hasta la adultez mayor (3). En lo que se refiere a la salud infantil, durante el año 2009, se promulga la ley 20.379 que crea el subsistema de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo” (4), con el propósito de “Lograr un óptimo desarrollo integral de los niños y niñas menores de 4 años de edad, mediante la consolidación de un subsistema de protección integral a la primera infancia, de cobertura nacional y expresión comunal” (5).

Es así, que el Programa Chile Crece Contigo entrega un acceso expedito a distintas prestaciones (6) que se presentan en la Tabla 1, con el objetivo de apoyar el desarrollo integral mediante el fomento de entornos amigables, inclusivos y acogedores de las necesidades particulares de cada niño/a, no solo considerando condicionantes biológicas, si no -también- del ámbito psicosocial (7).

**TABLA 1.** PRESTACIONES DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO

Fortalecimiento de los cuidados prenatales
Atención a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial
Educación a la gestante y a su pareja o acompañante significativo/a
Atención personalizada del parto
Atención integral en el puerperio
Programa de apoyo al recién nacido/a (PARN)
Atención integral al recién nacido/a hospitalizado/a en neonatología
Atención integral al niño/a hospitalizado/a en pediatría
Fortaleciendo en control integral de salud del niño y niña para el desarrollo
Intervenciones educativas de apoyo a la crianza
Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral

Por otra parte, existen datos alarmantes relacionados a las alteraciones del desarrollo psicomotor (DSM), las que se caracterizan por la aparición lenta de hitos motores, del lenguaje y la coordinación en los primeros años de vida, siendo esta aún un diagnóstico provisional (8). Así, expertos mencionan que los problemas de rezago en el DSM tienen una prevalencia cercana al 30%, dato avalado por múltiples estudios e instrumentos de evaluación (9). Estas cifras generaron que el Ministerio de Salud chileno, incluyera esta problemática en los objetivos sanitarios 2011-2020, particularmente en el homónimo estratégico n°4 ciclo vital, proponiendo como meta la disminución de un 15% de la prevalencia de rezago en población menor de 5 años (10).

Múltiples estudios concluyen que la pesquisa temprana de déficit del DSM, la estimulación temprana, el fortalecimiento de ambientes acordes al niño/a, la alimentación balanceada, entre otros factores, son relevantes para desarrollo cerebral en los primeros años de vida. (11-13).

La detección de las alteraciones del DSM es de responsabilidad del enfermero/a, profesional capacitado e inserto activamente en el programa na-

cional de salud de la infancia, quienes efectúan el 75% de los controles de salud en la población de 0 a 10 años (14). Esta detección se realiza estandarizadamente a través de la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (15) durante los controles de salud de los 8-18 meses y el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) a los 36 meses (16).

Mediciones internacionales avalan el trabajo del/a enfermero/a, evidenciando que su intervención se traduce en un mejoramiento de la salud de la población en un determinado territorio (17).

Así mismo, la formación profesional del/a enfermero/a, le permite organizar su quehacer a través del proceso de enfermería, herramienta considerada fundamental para la transferencia de cuidados específicos a personas, familias y comunidades (18). La aplicación del proceso de enfermería se sustenta en teorías disciplinares, entre ellas destaca la filosofía de Virginia Henderson quien enunció 14 necesidades básicas que debe satisfacer una persona para lograr un bienestar integral (19), a saber: 1) respirar normalmente 2) comer y beber adecuadamente, 3) eliminar los desechos corporales, 4) moverse y mantener posturas deseables, 5) dormir y descansar, 6) seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse, 7) mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno, 8) mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel, 9) evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros, 10) comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones, 11) rendir culto según la propia fe, 12) trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro, 13) jugar o participar en diversas formas de ocio y 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normal (20).

Considerando todo lo expuesto, el presente manuscrito tiene como objetivo aplicar el proceso de enfermería – utilizando el enfoque de la teoría de Virginia Henderson- a un lactante con alteración del DSM en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Valparaíso. Esto permitió ejecutar intervenciones derivadas del Programa Chile Crece Contigo, apoyar a la familia del lactante para revertir la situación de salud desfavorable de su hijo y vivenciar el trabajo interdisciplinario.

## › Metodología

Se aplica el proceso de enfermería a un lactante con problemas del desarrollo psicomotor en un CESFAM de la comuna de Valparaíso. Se solicita la aceptación para utilización de los datos por parte de ambos padres, asegurando el anonimato del niño y su familia.

La recolección de información se realizó a través de la valoración de enfermería, según la teoría de Virginia Henderson. Incluyó la revisión de la ficha clínica, anamnesis personal/familiar, examen físico y aplicación de instrumentos: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP).

Posteriormente se sistematizó la información, lo que permitió establecer un diagnóstico de enfermería prioritario, mediante el modelo “Problema (P), Etiología (E) y Signos-síntomas (S)”, propuesto por Marjory Gordon (21).

La planificación se focalizó en el diagnóstico planteado y las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud chileno, según problema específico. Se continúa aplicando el proceso con la ejecución del plan de intervención diseñado y finaliza con la evaluación de los cuidados proporcionados con el propósito de conocer si fueron acordes a la situación valorada y si tuvieron efectos en el mejoramiento del estado de salud del lactante.

## › Descripción del caso

Lactante mayor de 1 año 6 meses, sexo masculino, asiste a Control de Salud Infantil, acompañado de ambos padres.

### VALORACIÓN:

#### a) Revisión de antecedentes

- **Antecedentes de salud:** Embarazo de término (38 semanas), adecuada edad gestacional (AEG), cesárea electiva en establecimiento privado, sin complicaciones posteriores. No asiste regularmente a controles de salud infantil, vacunas al día.
- Pauta Breve de evaluación del DSM alterada a los 12 meses, con inasistencia a la sala de estimulación.  
Diagnóstico Nutricional Integral: Eutrófico.
- **Antecedentes familiares:** Familia biparental extendida compuesta por lactante, madre, padre y abuelos paternos. Ambos padres cursaron enseñanza media completa.  
Vivienda de construcción sólida de 2 pisos, cuenta con saneamiento básico completo, espacio adecuado, seco y ventilado, libre de tabaco, sin mascotas intra-domiciliarias. Proveedores económicos: abuelos paternos.

#### b) Anamnesis según filosofía de Virginia Henderson (20):

- **Necesidad de comer y beber adecuadamente:** Se alimenta con fórmula artificial 3 veces al día de 260cc al 10% en mamadera, además come almuerzo y cena con postre. Madre refiere inapetencia, tolerancia adecuada a los lácteos, consumo de verduras y frutas diariamente, consumo adecuado de agua.

- **Necesidad de dormir y descansar:** Duerme en cama propia en la misma habitación de los padres, desde las 21:30 hasta las 07:00 horas, además de una siesta a media tarde de 3 horas aproximadamente.
- **Necesidad de eliminar los desechos corporales:** Presenta orina y deposiciones normales, en pañal, no ha iniciado control de esfínteres.
- **Necesidad de mantener el cuerpo limpio y proteger la piel:** Se realiza baño día por medio. Cepillado dental 2 veces al día.
- **Necesidad de moverse y mantener posturas deseables:** Juega con sus primos en su domicilio. Posee un ambiente seguro para desplazarse y jugar dentro de su hogar.
- **Necesidad de comunicación y afecto:** Ambiente familiar adecuado, relación vincular segura entre padre-madre-hijo.
- **Necesidad de evitar los peligros:** Madre refiere que la casa que habitan posee escaleras, pero están aseguradas para el tránsito de niños.
- **Necesidad de aprendizaje:** El lactante no asiste al jardín infantil. Según lo señalado por la madre desarrollan escasas actividades de estimulación del DSM en casa. En general, ve televisión 3 horas al día.

#### c) Examen físico

**General:** El lactante se observa en buenas condiciones generales, piel rosada con adecuada higiene. Marcha estable, postura simétrica.

**Segmentario:** Normocráneo, pabellones auriculares simétricos, globos oculares simétricos. Labios hidratados, mucosa bucal sana e hidratada, fórmula dentaria: 6/6. Tórax simétrico, abdomen blando depresible e indoloro, extremidades superiores e inferiores con tono y movilidad conser-

vada. Genitales sanos, retracción de prepucio (+), palpación testicular (+) bilateral.

#### d) Evaluación del desarrollo psicomotor

Se aplica EEDP, obteniendo como resultado 68 puntos: señalando retraso del desarrollo psicomotor. Destacando la dificultad que presenta el lactante para indicar partes del cuerpo, no vocaliza onomatopeyas, sostiene débilmente lápiz, garabatea con gran dificultad y protesta al no conseguir material que desea.

#### e) Factores protectores y de riesgo.

Con la información obtenida en la valoración se identificaron los factores protectores y de riesgo que se presentan en la tabla 2.

**TABLA 2.** FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO IDENTIFICADOS EN EL CASO

Factores protectores	Factores de riesgo
Nivel educacional de los padres	Inasistencia a controles
Vivienda con saneamiento completo	Sustento económico de los abuelos
Diagnóstico Nutricional Integral: Eutrófico	Desconocimiento de los padres en estimulación del DSM
Familia biparental	Pauta breve alterada
Parto de término, AEG	EEDP: 68 puntos. Retraso del DSM

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Basados en la información recolectada, se plantea el siguiente diagnóstico prioritario derivado a la Insatisfacción de la necesidad de aprendizaje.

**Insatisfacción en la necesidad de aprender:** Retraso del desarrollo psicomotor relacionado con desconocimiento de los padres respecto a estimulación del desarrollo psicomotor, inasistencia a sala de estimulación y etapa de vida, manifestado por retraso en el DSM (EEDP 68 puntos).

**Objetivo:** Que el lactante mejore su desarrollo psicomotor, con la ayuda del equipo multidiscipli-

plinario, profesionales de enfermería y su familia, en un mediano plazo.

**Indicadores:** Devolución de conocimientos, EEDP, asistencia a sala de estimulación.

#### INTERVENCIONES:

Durante el control de salud infantil, se realizarán las siguientes actividades con los padres

**a) Recomendaciones:** Estimulación del desarrollo psicomotor del lactante, a través de

- Favorecer la exploración segura para trepar, empujar y traccionar.
- Favorecer actividades óculo-manuales con cubos, dibujar con lápices de cera, manipular materiales de distintas texturas.
- Favorecer el contacto y juego entre pares.
- Estimular la vocalización de palabras familiares como “hola, chao.”
- Estimular que el lactante solicite objetos a través de palabras, utilizando actividades cotidianas.
- Hablarle a la altura de sus ojos.
- Comenzar con actividades de reconocimiento de partes del cuerpo y animales (inicialmente onomatopeyas para luego nombrarlas).
- Estimular el reconocimiento de actividades rutinarias como jugar, correr, dormir o comer a través de muñecos o lectura de cuentos.
- Evitar el uso de televisión hasta los 2 años y posteriormente no más de 1 hora diaria.
- Analizar la posibilidad de asistencia a Jardín Infantil o Escuela de Lenguaje, posterior a evaluación por Fonoaudióloga.

#### b) Educación:

- Importancia sobre la estimulación temprana para el aprendizaje de nuevas habilidades, fa-

favoreciendo el desarrollo cerebral.

- Importancia de asistencia a sala de estimulación para el adecuado seguimiento de alteración del desarrollo psicomotor.
- Importancia de apoyo familiar para el adecuado desarrollo biopsicosocial del lactante.

### c) Derivaciones a:

- Sala de estimulación: 16 sesiones según flujo-grama de programa Chile Crece Contigo (23).
- Coordinación con enfermero/a del sector para programar una visita domiciliaria integrada.
- Médico de APS
- Reevaluación a los 22 meses.

### EVALUACIÓN:

- Devolución de conocimiento: Madre y padre realizan devolución de los conocimientos relacionados a la estimulación del desarrollo psicomotor.
- EEDP: Se realiza reevaluación 4 meses posteriores al diagnóstico inicial (Edad lactante: 22 meses), obteniéndose como resultado de 86 puntos: Normal. Aunque se mantiene rezago en el área de lenguaje.
- Asistencia a sala de estimulación: Asiste regularmente a sala de estimulación. Se indica continuar con la estimulación en el hogar, mantener asistencia a sala de estimulación y fonoaudióloga.

## › Conclusiones

La familia es el núcleo central de la sociedad y, por ende, la principal responsable de la crianza y desarrollo de sus hijos/as. En el presente estudio de caso, se evidenció la importancia de incorporar a la familia como elemento central para asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante y, como el acompañamiento familiar por un equipo

de profesionales genera un mejoramiento de los cuidados necesarios para cambiar una situación de forma temprana, evitando complicaciones mayores a largo plazo.

Por otro lado, se observó la relevancia del rol del profesional de enfermería en los siguientes aspectos:

- La aplicación de instrumentos de medición del desarrollo psicomotor durante el control de salud infantil permitió un diagnóstico acertado, favoreciendo la intervención oportuna.
- El proceso de enfermería se instaló adecuadamente en el control de salud infantil, como una herramienta de trabajo sistematizado en todas sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cabe destacar la relevancia de la planificación y ejecución de los cuidados de enfermería, ya que generó un impacto positivo en el estado de salud del lactante. Esto se condice con múltiples estudios (12, 23, 24) que señalan la importancia de la estimulación del desarrollo psicomotor en los primeros años de vida, generando una ventana de oportunidades en el desarrollo social, cognitivo y emocional de un niño/a en etapas posteriores.

A través de este estudio de caso y la búsqueda bibliográfica asociada, se evidenció la relevancia del abordaje holístico y multidisciplinario, lo que produjo una multiplicidad de perspectivas que favorecen y enriquecen a los equipos sanitarios, con un positivo impacto en la salud de las personas.

En conclusión, el trabajo disciplinar de Enfermería, el abordaje multidisciplinario y el compromiso del núcleo familiar, permitió situar el contexto del lactante y generar un avance cuali y cuantitativo en su desarrollo psicomotor.



Queda como desafío el fortalecimiento de la investigación y la sistematización de experiencias en la atención primaria de salud, como por ejemplo la proyección disciplinar a través del programa Chile Crece Contigo con el propósito de disminuir las brechas de inequidades existentes en la niñez.

## ► Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.
2. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde debate*. 2012 (jul-sep); 36 (94): 327-42.
3. Ministerio de Salud (Chile). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile. 2012.
4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.379: Sistema intersectorial de protección social e institucionalización del subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo". Santiago de Chile; 2009.
5. Ministerio de Desarrollo Social (Chile). ¿Qué es el Chile Crece Contigo? Santiago de Chile; 2015.
6. Ministerio de Desarrollo Social (Chile). Catálogo de prestaciones 2016. Santiago de Chile; 2016.
7. Ministerio de Salud (Chile). Programa Nacional de Salud de la Infancia. Santiago de Chile; 2013.
8. Narbona-García J, Schlumberger E. Retraso Psicomotor. En: Narbona-García J, Casas-Fernández C. *Protocolos de Neurología Pediátrica*. Madrid (España): SENP-AEP; 2008. p. 151-7.
9. Bedregal P. Hacia la renovación en las políticas de infancia en Chile. *Rev chil Pediatr*. 2014 (ene-feb); 85 (1): 7-11.
10. Ministerio de Salud (Chile). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011- 2020. Santiago de Chile; 2010.
11. Mönckeberg F. Desnutrición infantil y daño del capital humano. *Rev chil nutr*. 2014 (may-jun); 41 (2): 173-80.
12. Schonhaut L, Álvarez J, Salinas P. El pediatra y la evaluación de desarrollo psicomotor. *Rev chil Pediatr*. 2008; 79 (Supl 1): 26-31.
13. Ministerio de Salud (Chile). Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para equipos locales. Santiago de Chile; 2014.
14. Ministerio de Salud (Chile). Norma administrativa Programa Nacional de salud de la infancia. Santiago de Chile; 2013.
15. Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. 14ma ed. Santiago de Chile: Galdoc; 1996. 113p.
16. Haeussler IM, Marchant T. Test de Desarrollo Psicomotor 2- 5 años. 12ma ed. Santiago de Chile: Ediciones UC; 1991. 146p.
17. Aguirre-Boza F, Achondo B. Atención primaria de salud en Chile: Enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Rev Med Chile*. 2016; 144 (10): 1316-21
18. Ramírez A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm Univ*. 2016; 13 (2): 71-2.
19. Luis MT, Fernández C, Navarro M. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ra ed. Barcelona (España): Elsevier-Masson; 2005. 191p.

20. Pokorny M. Teorías en enfermería de importancia histórica. En: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Madrid (España): Elsevier-Mosby; 2015. p. 50-68.
21. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11va ed. Madrid (España): McGraw-Hill Interamericana; 2007. 432p.
22. Ministerio de Desarrollo Social (Chile). Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Santiago de Chile; 2013.
23. Falbo B, Andrade R, Furtado M, Mello D. Estímulo al desarrollo infantil: producción de conocimiento en enfermería. Rev bra. Enferm. 2012; 65: 148-54.
24. Pérez-López J, Martínez-Fuentes M, Díaz-Herrero A, Brito A. Prevención, promoción del desarrollo y atención temprana en la Escuela Infantil. Educ rev. 2012; 43: 17-32.

# RECUERDOS, ENCANTOS Y ALEGRÍAS DE LOS PASADOS DÍAS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA “CARLOS VAN BUREN”

**Lorena Bettancourt-Ortega.**

Enfermera, Magíster en Enfermería. Miembro de la Red Chilena de Historia de la Enfermería, Miembro de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Académica de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.  
E-mail: [lorena.bettancourt@uv.cl](mailto:lorena.bettancourt@uv.cl)

**Rudecindo de la Fuente.**

Médico, Primer Director de la Escuela de Enfermeras “Carlos Van Buren” de Valparaíso.

## § Introducción

Siguiendo con la revisión de artículos históricos y, en el afán de contribuir a uno de los propósitos de esta revista que apunta a rescatar la herencia de la profesión enfermera, me encontré con este escrito que fue publicado en la otrora revista de la Escuela de Enfermeras Carlos Van Buren, con ocasión de la muerte del Dr. Rudecindo de la Fuente, acaecida el 28 de abril de 1967, como homenaje a quien fuera el primer director de la Escuela de Enfermeras.

En esa oportunidad, se publicó un extracto de sus memorias, donde Don Rudecindo, con su estilo característico, relata cómo le presentó la idea de fundar una escuela de enfermeras a don Carlos Van Buren. En ella relata cómo, derivado de la oportunidad de viajar a Estados Unidos, teniendo como objetivo aprender más sobre la organización hospitalaria, se sorprendió de la calidad y preparación del personal y tenía el deseo que eso fuera realidad en Chile. Por ello, trató de gestionar la venida de monjas enfermeras al país, aunque dichas gestiones no fructificaron (1).

Al Dr. De la Fuente le llamó mucho la atención este sistema, ya que en nuestro país en ese tiempo las funciones de cuidado de los enfermos y organización de la atención de los hospitales, eran asumidas en su mayoría por órdenes religiosas sin estudios formales en salud. En Valparaíso, estaba a cargo de las hermanas de la caridad de San Vicente de Paul, practicantes y otro personal que muchas veces no estaba suficientemente calificado para realizarlos.

La historia de la medicina y la enfermería, en esta época, estaban firmemente entrelazadas, con la entrada del siglo XIX, varios médicos latinoamericanos viajaron a estudiar y perfeccionarse a países europeos, donde tuvieron la oportunidad de observar como la enfermería profesional se iba desarrollando de la mano de

Nightingale y otras contemporáneas. Estas experiencias, les proporcionaron la idea de preparar a jóvenes para las tareas del cuidado, es así como a varios países se trasladaron enfermeras inglesas, entre ellos, Uruguay, Argentina y Chile (2).

En el contexto nacional, las condiciones de salud del puerto de Valparaíso, aun cuando era una ciudad bastante cosmopolita y con un desarrollo del comercio importante, no escapaba a la desigualdad, la pobreza en las clases sociales más desvalidas, las condiciones de higiene deplorables, basura, perros vagos abandono, alcoholismo, epidemias de tuberculosis, cólera (3), aspectos que influían directamente en la salud de sus habitantes.

La formación de las enfermeras entonces, quedó vinculada a los hospitales, el concepto de salud imperante en esa época era el de la lucha contra la enfermedad, desarrollándose conocimiento científico y tecnológico que exigió personal calificado (4). Esta situación es la que don Rudecindo relata en sus memorias y que dan origen a la Enfermería profesional en la región de Valparaíso...

## § Memorias

... En 1917 salí en viaje a Estados Unidos, en comisión ad-honorem del gobierno, para estudiar en ese país la organización de los hospitales.

Desde el primer momento de llamó la atención, al visitar los diversos establecimientos hospitalarios, el personal de enfermeras, servicio del que carecíamos acá o lo teníamos en forma muy rudimentaria.

La labor de este personal junto a los médicos era notable; el trabajo se simplificaba enormemente haciéndolo más efectivo, con gran beneficio para los enfermos. Mi interés se fue acrecentando y discurría en la forma cómo nosotros podríamos tener algo semejante. Pero

al considerar la organización de nuestros hospitales y los Servicios de Beneficencia en general, nos dominaba la decepción y desaliento.

En aquella época nuestros hospitales de beneficencia desempeñaban casi por igual, la misión de propaganda religiosa y atención de enfermos. Cualquiera modificación en favor o bien de los últimos, era fácil interpretarla como atentatoria a la primera.

De ninguna manera quiero aminorar la notable tarea de las religiosas que admiraba y admiro todavía.

Persiguiendo el objetivo de mi viaje, llegué a Chicago con carta de presentación para el señor arzobispo, monseñor George Mundelein, de Mr. George Duval, gran amigo suyo. Me fue fácil interiorizarme de la organización de los hospitales católicos de la ciudad y de sus escuelas de enfermeras, a la vez que posesionarme de que las religiosas se graduaban de enfermeras después de tres años de estudios como en los demás planteles.

Para mí fue una novedad el hecho de que las monjas fueran enfermeras y esto me sugirió la idea de que acaso no sería esta la forma que ofreciera menos resistencia para implantar este servicio en Valparaíso. Estudiando cómo realizarlo, me decidí a abordar al señor obispo en demanda de ayuda y le propuse nos facilitara un número de religiosas para que se trasladaran a Valparaíso con el fin de implantar este servicio. Se manifestó el señor obispo de muy buena voluntad y gustoso habría resuelto este problema, según me expresó, pero la guerra de entonces demandaba gran número de enfermeras, que las dos mil o más religiosas que estaban en servicio se hacían insuficientes, por lo cual no era posible acceder a mi petición. Pero, “buscando una solución, me agregó, sería más fácil que ustedes me enviaran un grupo de religiosas para que estudiaran enfermería aquí y graduadas regresaran a organizar sus

servicios. El único inconveniente sería que son de distinta orden: ustedes tienen las de san Vicente de Paul y aquí son de San Francisco, pero esto no importaría, porque yo me encargaría de subsanarlo. Por lo demás, la estada de ellas sería sin costo”.

Impuse al señor Van Buren, en su carácter de administrador del Hospital san Juan de Dios, donde yo era médico interno, de mis observaciones y de mis conversaciones con el señor obispo.

Varias razones impedirían realizar lo que parecía espléndida solución; se necesitaba cierta instrucción además del idioma y la mayoría de las religiosas eran francesas, con un régimen no apropiado a la nueva actividad que se deseaba adoptar. Esto, sin embargo, fue motivo para que el señor Van Buren abandonara este problema, y muy luego se iba a presentar la oportunidad con motivo de la inauguración del Pensionado que lleva su nombre.

Decidido a implantar esta reforma, le solicitó a don Agustín Edwards, nuestro embajador en Londres, la elección de un número de enfermeras para que tomaran a su cargo esta nueva repartición, lo que no despertó resistencia en atención, entre otras cosas, a que era un gesto que él particularmente financiaba.

Llegaron al país cinco enfermeras con óptimas calificaciones. Una hacía de enfermera jefe, otra para la atención de sala de operaciones, que andando los años llegó a ser la primera subdirectora de esta Escuela (nos referimos a Miss Margaret Bowie), una especialista en obstetricia y dos para la atención general de enfermería.

La reacción y no poca resistencia que las enfermeras inglesas provocaron en la atención hospitalaria fue manifiesta, no solo entre los pacientes y sus familiares, sino que también entre los médicos.

Sin embargo, paulatinamente su fue imponiendo su sistema de trabajo. Se pensó entonces en aprovechar su estada para la creación de una Escuela de Enfermeras, llegándose hasta elaborar los planos, pero desgraciadamente, circunstancias adversas no permitieron que esto se realizara.

Transcurrieron algunos años y en 1926, con motivo de un viaje que realizaba a Estados Unidos y Europa, para corresponder en parte a una donación que hacía el señor Van Buren para mejorar los servicios del Pensionado (rayos X, etc.) fui a despedirme de él a su casa antes de que zarpara mi barco. Lo encontré trabajando e iniciamos una conversación. Don Carlos Van Buren me dijo: “Me encuentra usted en medio de estos papeles ordenando mi testamento, ¿qué quiere que le deje?”. Sorprendido por tan bondadosa pregunta, no vacilé en contestarle que dejara un legado para realizar sus deseos no cumplidos todavía, de fundar una Escuela de Enfermeras. “Démelo por escrito como lo desea”, me respondió y, como al día siguiente abandonaba el país, tuve que redactar apresuradamente una cláusula, en que además de especificar el objetivo, resguardara a la donación de ser burlada y comprometiéndome a vigilar su cumplimiento.

Como yo era el médico jefe de Pensionado, se me asignó el cargo de Director del futuro establecimiento, no por coincidencia, pues en esos tiempos los cargos de directores eran ad-honorem, sino como un compromiso moral con que me obligaba a corresponder a tan bondadosa donación. Parece que el propio señor Van Buren tenía igual pensamiento, y para asegurarme más en la obra, me hizo nombrar, estando yo en Europa, administrador del hospital San Juan de Dios, como presintiendo que iba a entrar en funciones a corto plazo. Este mismo deseo me lo manifestó a mi regreso, para decidirme a aceptar esta última designación. Posteriormente él fue designado administrador del Pen-

sionado en el que falleció.

Grande fue mi sorpresa cuando se publicó su testamento donde aparece íntegra la cláusula que le había dejado, sin más modificación o agregando el monto de donación.

La percepción del legado se obtuvo rápidamente sin ninguna dificultad y la comisión inició el estudio para cumplir con las cláusulas testamentarias. Pero diversas apreciaciones pretendieron desviar el objetivo de la fundación a otras actividades no consultadas y uno de los miembros de la comisión se empeñaba en incluir una Escuela de Puericultura, alentado sin duda por influencias extrañas. Felizmente, prevalecía la decidida firmeza del resto de la comisión en hacer cumplir la voluntad del testador, a pesar de la amenaza de deportación con que se me distinguió personalmente por parte del señor administrador del hospital.

Quiso la suerte que el país muy luego cambiara de régimen, y llegara a la Dirección General de Beneficencia el doctor Alejandro del Río, quién manifestaba tener “debilidad” por este establecimiento. Inmediatamente solicité su auxilio y rápidamente, después de venir a Valparaíso y elegir el terreno personalmente, confeccionó los planos, secundado por los arquitectos de la Dirección General. Al poco tiempo, nuevos cambios en el gobierno, nuevos directores generales de beneficencia de Valparaíso para olvidar este compromiso, hasta que el albacea del señor Van Buren, don Rafael Luis Barahona, notificó qué si no se cumplía con los plazos señalados en el testamento, se perdería el legado.

Fuimos llamados con urgencia por el intendente de la provincia, en su carácter de presidente de la Junta de Beneficencia de Valparaíso, el señor Carlos Edwards y yo.

Se acordó entonces iniciar inmediatamente la cons-



trucción de una parte de la Escuela, que permitiera la apertura del primer curso, resolviéndose principiar por el aula, la que fue terminada oportunamente.

Entregada esta primera parte de la Escuela y vuelto el doctor del Rio a la Beneficencia, se modificó el reglamento, con el fin de hacerla depender directamente de la Dirección General.

## § Referencias Bibliográficas

1. De la Fuente R. Recuerdos, encantos y alegrías de los pasados días en la escuela de enfermería Carlos Van Buren, Revista de la Escuela de Enfermería “Carlos Van Buren” Valparaíso. 1967; 6(2): 4-8.
2. Chagas A. La enfermería en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1952; 33 (6):48-57
3. Prine M. Presencia británica en el Valparaíso del siglo XIX, una aproximación al legado institucional y cultural de la colonia británica en Chile. Bicentenario: Revista de historia de Chile y América. 2007; 6 (2): 5-38.
4. Uribe P. Desarrollo del Internado de Medicina en Valparaíso (1923-1967) Reimpresión. Rev Chil Salud Pública. 2014; 18 (2): 217-9.