



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

Calle Blas Cuevas 1028 Subida el Litre ,

Valparaíso, Chile

Contacto

Fono: 32 250 7447 - 31 250 7429

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

Retomando el camino de las publicaciones científicas en la Escuela de Enfermería en Valparaíso	Profesora emérita Nidia Nuñez Alvarado Angélica Mosqueda-Díaz.	4
---	---	---

ORIGINALES

Perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso	Vivian Vílchez Barboza Tatiana Paravic Klijn Alide Salazar Molina	7
Prácticas artísticas y calidad de vida en jóvenes universitarios integrantes de grupos artísticos	Luz Patricia Díaz Heredia Mónica del Pilar Urrego Méndez Ana María Herrera Becerra Gloria Alicia Rodríguez Cruz	22
Trastornos musculoesqueléticos en odontólogos	Karla Lizbeth Fimbres Salazar. Julio García Puga Rosa María Tinajero González Rosa Elena Salazar Rubial María Olga Quintana Zavala	35

REFLEXIÓN

Desigualdades en el ejercicio de cuidado a través del enfoque de género	Paula Andrea Ceballos-Vásquez Viviane Jofré-Aravena Sara Mendoza-Parra	47
Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería: una propuesta teórica	Fabiola Arriagada Gallardo Patricia Jara Concha	58
Sustento ético del cuidar: De la filosofía a la disciplina	Paulina Gundelach González	68

ESTUDIO DE CASO

Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada	Nephtali Dahrbacun-Solis Beatriz Peña-Silva Andrea Melo-Severino	75
---	--	----

HISTÓRICO

Discurso pronunciado por el Dr. Rudecindo de la Fuente, con ocasión de homenaje que se rindió al 30° aniversario de la fundación de la Escuela de Enfermería Carlos Van Buren.	Lorena Bettancourt Ortega Rudecindo de la Fuente	85
---	---	----

Retomando el camino de las publicaciones científicas en la Escuela de Enfermería en Valparaíso...

Autores:

Nidia Núñez Alvarado. Enfermera, Magíster en Salud Pública, Profesora Emérita Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mail: nidia.nunez@uv.cl

Angélica Mosqueda-Díaz. Enfermera-Matrona, Doctora en Enfermería, Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mail: angelica.mosqueda@uv.cl

Las/as enfermeras/os siempre han mantenido un interés por comunicar en qué consiste la aplicación del cuidado de enfermería, realizado por profesionales en distintas áreas y a través de todo el curso de la vida de las personas (1). Una revista, es un instrumento que permite satisfacer este interés, especialmente en una institución formadora de profesionales.

Como respuesta a esta situación, a comienzo de la década de los sesenta, en la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" se gestó la creación de la primera revista nacional, del ámbito profesional (2). En dicha revista participaban docentes, con artículos originales que mostraban el quehacer de enfermería y aspectos curriculares relevantes, además se estimulaba a los estudiantes a escribir sus experiencias e inquietudes a cerca de la profesión.

La confección de la revista significaba un esfuerzo agregado a las responsabilidades universitarias, ya que incluía no solo elaborar y preparar el material a publicar, sino también el trabajo de im-

presión y la confección física de cada ejemplar. Lo anterior implicaba, además, la colaboración del personal administrativo de la Escuela, lo cual reflejaba la motivación y el compromiso de "todos" con esta revista.

La distribución de la revista se realizaba con la cobertura más amplia posible, así, se enviaban impresos al Colegio de Enfermeras y a los Servicios de Salud regionales, en especial a aquellas unidades que eran utilizadas como campos clínicos. Asimismo, se enviaban algunos ejemplares a las otras Escuelas de Enfermería del país, con la finalidad de compartir información actualizada sobre el cuidado y mejorar la formación profesional.

La revista se publicó en forma semestral por casi una década. Sin embargo, debido a la reforma universitaria, intensificada hacia fines del año 1967, las energías debieron concentrarse en participar en este proceso y, sobre todo, en realizar una sustentada justificación de Enfermería como Disciplina, lo que en ese tiempo se definió como

la existencia de un método propio para evaluar los fenómenos. Con todo, la publicación de la revista debió discontinuarse.

La idea de retomar el camino de las publicaciones se mantuvo latente por mucho tiempo, siendo a mediados del año 2015, donde un par de académicas jóvenes, plantean la inquietud de desarrollar un proyecto que tendría por objetivo concretar la implementación de una revista científica para la disciplina de Enfermería, proyecto que fue respaldado por todo el cuerpo académico y las autoridades de la Escuela.

Así, surgió un intenso trabajo para dar forma a las políticas editoriales y la estructura que se encargaría de dar forma y continuidad a este proyecto. Se trataría de una revista científica, arbitrada, desarrollada en un formato digital, más acorde a los nuevos tiempos y que permitiera una difusión más amplia de su contenido, con la proyección de ser indizada en diferentes bases de datos a corto y mediano plazo.

Para dar sustento a este proyecto, se invitó a un destacado grupo de enfermeras y enfermeros, a nivel internacional y nacional, para ser parte del Comité editorial, obteniendo grandes muestras de apoyo, que representaron un significativo impulso a esta iniciativa.

Además, con la finalidad de ampliar la participación e involucrar a las futuras generaciones de profesionales, se solicitó la contribución de los/as estudiantes, con su creatividad, en los aspectos relacionados al diseño de la revista. Como es costumbre, la respuesta positiva no tardó en llegar, generando una alta convocatoria, de la cual se seleccionaron las siguientes alternativas:

- Nombre: Benessere Revista de Enfermería, cuyo significado es bienestar en italiano, lugar de nacimiento de Florence Nightingale.

- El logo de la revista, incluye los colores institucionales de la Universidad de Valparaíso y la cruz del sur, que esperamos nos oriente tal como lo ha hecho con la Universidad.

- La portada, muestra la imagen de Nightingale, unas manos que representan el cuidado como centro de interés de la disciplina y la lámpara que caracterizó el trabajo realizado en la guerra de Crimea y que significó para Enfermería ser reconocida como profesión.

Benessere, Revista de Enfermería se ha propuesto publicar manuscritos derivados de investigaciones, reflexiones y experiencias de cuidado. Con la difusión y transferencia de este conocimiento se espera visibilizar el quehacer de Enfermería y fortalecer la “Gestión del Cuidado”(3).

Todo lo expresado solo será posible con la utilización de esta nueva iniciativa de divulgación científica disciplinar, tanto enviando sus contribuciones como aplicando la evidencia publicada, por lo que extendemos la invitación a los/as profesionales de enfermería y áreas afines a ser parte de ella...

Referencias bibliográficas

1. Beltrán O. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest educ enferm.* 2006; 24(2): 144-50.
2. Escuela de Enfermería Carlos Van Buren. *Revista de la Escuela de Enfermería “Carlos Van Buren”.* 1962; 1(1): 3-5.
3. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. *Aprueba norma general administrativa N° 19, “Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”.* [en línea] 2007. [fecha de acceso 20 de abril 2011]. Disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/index.php?option=com_k2&view=item&id=89:

Perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso

Autores:

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

Tatiana Paravic Klajn. Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Titular Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: tparavic@udec.cl

Alide Salazar Molina. Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: alisalaz@udec.cl

* Trabajo correspondiente a los resultados del perfil biosociodemográfico y de salud de la tesis doctoral "Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria", del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

› Resumen

Introducción. El abordaje y prevención de las enfermedades cardiovasculares es un reto para la Enfermería y la construcción del conocimiento. En Chile, las enfermedades cardiovasculares es uno de los temas principales incluidos en los Objetivos Sanitarios 2011-2020. **Objetivo.** Identificar el perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) de los seis Centros de Salud Municipalizados de Concepción, Chile, en el año 2013. **Material y Método.** Estudio descriptivo, participaron 109 personas, entre 35 y 64 años con tres factores de riesgo cardiovascular, ingresados al PSCV. Instrumentos y mediciones: Cuestionario de datos biosociodemográficos y de salud e Indicadores Físicos: Presión Arterial Sistólica y Diastólica, Circunferencia Abdominal; Índice de Masa Corporal, Colesterol Total, Col-HDL, Col-LDL, Triglicéridos, Col-Total/HDL y LDL/HDL. **Resultados.** 69,7% mujeres y 30,3% hombres, 63% entre los 55-64 años. La mayoría casados, 53,3% en condición laboral ocupada. Los medicamentos permanentes más utilizados son Atorvastatina, Losartán y Enalapril. Los encuestados consumen tres comidas al día, el 67% se autopercibe en peso normal, el 40% no realiza ninguna acción para mantener su peso. En los indicadores físicos, las mujeres destacan las cifras promedio: CT 190,2mg/dl, Col-LDL 114,7mg/dl, CA 94,5cm y Presión Arterial 131/90mmHg. En cuanto a los hombres, las cifras promedio muestran: CT 181,5mg/dl, Col-LDL 109,4mg/dl, CA 98,5cm y Presión Arterial 137/94mmHg. **Conclusión.** Los resultados permiten formular estrategias innovadoras de intervención de enfermería para reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población con hipertensión, sobrepeso y dislipidemia, adecuada al nivel educativo y al sexo.

› **Palabras claves:** Perfil de Salud; factores de riesgo; atención primaria de salud; enfermería cardiovascular (DeCS).

Demographic and health profile in hypertension, dyslipidemia and overweight people

› Abstract

Background. Approaching and preventing cardiovascular diseases is a challenge for Nursing and to create new knowledge. In Chile, cardiovascular diseases are a main topic included in the Health Objectives 2011-2020. **Objective.** To identify demographic and health profile in hypertension, dyslipidemia and overweight people of the Cardiovascular Health Program analyzing the six municipal Health Centers of Concepción, Chile, in year 2013. **Material and Method.** Descriptive study that includes 109 people, aged between 35 to 64 years, with three cardiovascular risk factors admitted in the Cardiovascular Health Program. Instruments and measurements: Biosocialdemographic Questionnaire and physical indicators: Systolic and Diastolic Blood Pressure, Waist Circumference; Body mass index, total cholesterol, HDL-CoL, Col-LDL, Triglycerides, Col-Total / HDL and LDL / HDL. **Results.** 69.7% of women and 30.3% of men. 63% between 55-64 years. Most of them were married, 53.3% occupied in employment status. Atorvastatin, Losartan and Enalapril are the most common used permanent medications. The surveyed people eat three meals per day. 67% perceive themselves having normal weight. The 40% of the subjects do not perform any action to maintain their weight. In the physical indicators, women average figures include: CT 190,2mg / dL; Col-LDL 114,7mg / dL; CA 94,5cm and Blood Pressure 131/90mmHg. For men, the average figures show: CT 181,5mgdL; Col-LDL 109,4mgdL; CA 98,5cm and Blood Pressure 137/94mmHg. **Conclusion.** Results allow to formulate innovative nursing intervention strategies to reduce the prevalence of cardiovascular risk factors in people with hypertension, obesity and dyslipidemia, appropriate to their level of education and sex.

› **Keywords:** Health profile; risk factors, primary health care, cardiovascular nursing (DeCS).

› Introducción

La enfermedad cardiovascular es de origen multifactorial y un factor de riesgo que debe ser considerado en el contexto de los otros. El riesgo cardiovascular expresa la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca y las enfermedades de la aorta; en un determinado período de tiempo, generalmente 5 o 10 años (1).

De acuerdo con la situación epidemiológica de Chile, el Ministerio de Salud, ha definido dos líneas de trabajo prioritarias (2): la primera línea es la creación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en Atención Primaria, el cual surge en el año 2002 y tiene por objetivo prevenir la morbilidad y la mortalidad en personas en riesgo cardiovascular, a través del tratamiento y seguimiento de las patologías cardiovasculares (3), utilizando el enfoque de riesgo cardiovascular global, el cual consiste en el abordaje conjunto de los factores de riesgo. Y la segunda línea, corresponde a los Objetivos de Salud 2011-2020 (4). Estas iniciativas buscan mejoras de la calidad de vida, ganancias en capacidad funcional y evitación de riesgos (5).

Si bien es cierto, el PSCV ha contribuido en los últimos años al aumento en la cobertura de las personas con hipertensión arterial y a un mayor control en los niveles de presión arterial y colesterol total (3), aún prevalecen las enfermedades cardiovasculares y continúan en aumento los factores de riesgo cardiovasculares. Probablemente, esto se debe a que la forma en la que está planteada la provisión de la atención, la que no contribuye a que el/la usuario/a reciba los cuidados necesarios (4,5). Es fundamental reconocer que en la actualidad se ha demostrado la existencia de diferencias por sexo en cuanto los factores de riesgo cardiovascular y las enfermedades cardiovasculares (6).

De acuerdo con este contexto, la presente investigación se propuso como objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso del Programa de Salud Cardiovascular de los seis Centros de Salud Municipalizados de Concepción, Chile, en el año 2013, con el fin de plantear intervenciones de Enfermería acordes a las características de esta población.

› Material y método

El diseño es descriptivo, transversal. La población correspondió a 224 personas entre 35 y 64 años de edad, beneficiarias del sistema público de salud, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Familiares (CESFAM) Municipales de la Comuna de Concepción, Chile; que tienen de forma conjunta tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso). Aceptaron participar 109 personas. Los criterios de inclusión fueron, tener entre 35 y 64 años de edad, ser portador de tres factores de riesgo cardiovascular, residir en el sector en el que está inscrito y como criterios de exclusión personas que no tuvieran los tres factores de riesgo descritos, y personas con cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular con secuelas, EPOC severo o moderado, alguna enfermedad mental o demencia; alcoholismo, enfermedades terminales, inmovilizadas, enfermedades tiroideas, cáncer, HIV/SIDA, enfermedad reumática severa y síndrome metabólico.

La información se recolectó a través de una encuesta de datos biosociodemográficos y de salud, el cual incluye los datos de hábitos alimenticios y actividad física, ambos elaborados por las investigadoras y aplicados por medio de entrevista y, los indicadores físicos a través de la Presión Arterial Sistólica (PAS) y Diastólica (PAD), Circunferencia Abdominal (CA), Índice de Masa Corporal (IMC) y el perfil lipídico: Colesterol Total (CT), Col-HDL,

Col-LDL, Triglicéridos (TG), Col-Total/HDL y Riesgo Cardiovascular (LDL/HDL).

Se realizó el análisis de datos utilizando SAS Online Doc. versión 9.2, mediante estadística descriptiva. Las variables continuas se presentan como medias y desviaciones estándar (DE) y los datos categóricos como frecuencias y porcentajes.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile, con registro DIFM 042/2012 y autorizada por la Dirección de Administración de Salud de Concepción. El estudio contempló los requisitos éticos de Emmanuel (7).

› Resultados

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE		Total n=109	
		f	%
Sexo			
Femenino		76	69,7
Masculino		33	30,3
Edad en años cumplidos			
Rango edad	35-44 años	3	2,8
	45-54 años	37	33,9
	55-64 años	69	63,3
Último nivel de escolaridad cursó-aprobó			
Enseñanza Básica		20	18,3
Enseñanza Media		57	52,3
Enseñanza Técnica		19	17,4
Enseñanza Universitaria		13	11,9
Estado civil actual			
Soltera/o		22	20,2
Casada/o		60	55,0
Separada/o		7	6,4
Divorciada/o		3	2,8
Viuda/o		10	9,2
Conviviente		7	6,4
N° personas que componen el hogar			
1 a 4		86	78,9
5 a 8		23	21,1
Tipo de Familia			
Solo		9	8,3
Nuclear		65	59,6

CONTINUACIÓN TABLA 1

Número de hijos			
SI	1 a 2	52	47,7
	3 a 4	39	35,8
	5 y más	8	7,3
NO		10	9,2
Situación ocupacional actual			
Ocupados	Independiente/cuenta propia	21	19,3
	Asalariado/a empresa pública	3	2,8
	Asalariado/a empresa privada	23	21,1
	Asesoras de Hogar	11	10,1
Desocupados	Temporalmente cesante	3	2,8
Inactivo	Retirado/a-Pensionado/a	17	15,6
	Trabajo sin remuneración (dueña de casa)	31	28,4
Grupo ocupacional			
Profesionales y técnicos		19	17,4
Empleados oficina		4	3,7
Vendedores y afines		10	9,2
Seguridad		2	1,8
Transporte		2	1,8
Artesanos		4	3,7
Construcción		5	4,6
Mantenimiento y aseo		2	1,8
Asesora del hogar		13	11,9
Quehaceres del hogar (Dueña de casa)		32	29,4
Pensionados		12	11,0
Cesante		4	3,7
Total		109	100

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de las personas participantes en el estudio, existe un predominio del sexo femenino (69,7%), la edad media fue de 56 años, con un rango predominante entre 55-64 años (63,3%). El 52,3% tiene un nivel de escolaridad de enseñanza media, el 55% está casado y constituido en familia nuclear el 59,6%, respecto a número de hijos el 47,7% tiene entre uno y dos hijos. En cuanto a la situación ocupacional actual, el 53,3% de los encuestados se encuentran

ocupados, el 28,4% inactivos y el 18,4% desocupados.

Respecto al uso de medicamentos de manera permanente, el 91,7% de las personas participantes, consumen medicamentos. Los más utilizados son: atorvastatina (44%), losartán potásico (42,2%) y enalapril maleato (30,3%).

El 76,3% de las mujeres se encuentra en la etapa de menopausia y ninguna utiliza Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE	Total	
	n =109	
	f	%
Desayuno		
Siempre	102	93,6
A veces	4	3,7
Nunca	3	2,8
Almuerzo		
Siempre	102	93,6
A veces	7	6,4
Nunca	0	0,0
Once		
Siempre	91	83,5
A veces	5	4,6
Nunca	13	12,0
Cena		
Siempre	22	20,2
A veces	7	6,4
Nunca	80	73,4
Agrega sal extra a las comidas		
Nunca	102	93,6
Cuando la comida no tiene suficiente	3	2,8
Siempre, aunque otros la consideren suficiente	4	3,7
Consumo de líquido al día		
No más de 2 tazas	17	15,6
De 3 a 5 tazas	38	34,9
Entre 1 y 2 litros	40	36,7
Más de 2 litros	14	12,8
Repite comida		
Siempre	4	3,7
A veces	27	24,8
Nunca	78	71,6
Total	109	100

Al indagar por las comidas, como muestra la tabla 2, se observó que habitualmente las personas participantes en el estudio, consumen el desayuno y el almuerzo, con el mismo porcentaje (93,6%), se-

guido de la once en un 83,5%, pero llama la atención que un 73,4% no consume la última comida del día.

Por otro lado, se identificó que la mayoría de las personas en estudio, nunca agregan sal extra a las comidas (93,6%). Con respecto al consumo de líquido al día, se observa que el 36,7% de las per-

sonas participantes tienen un consumo entre 1 y 2 litros. Además, como se puede apreciar, el 46,8% de las personas manifestaron no comer entre comidas.

TABLA 3. AUTOPERCEPCIÓN DE PESO Y OPCIONES PARA CONTROLARLO EN LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE	Total n=109	
	f	%
Autopercepción de peso		
Bajo peso	1	0,9
Normal	32	29,4
Sobrepeso	73	67,0
Obeso	3	2,8
Realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado		
SI	65	59,6
NO	44	40,4
Acciones para mantener peso adecuado		
Controlo mi alimentación	43	39,4
Realizo actividad física	15	13,8
Ambos	5	4,6
Otra	2	1,8
Ninguna	44	40,4
Razones por las que no controla el peso		
Porque significa un costo extra o alto	6	5,5
Porque no sabe como	10	9,2
Porque cree no tener la voluntad suficiente	15	13,8
Porque no lo encuentra importante	7	6,4
Otra	6	5,5
Sí controla el peso	65	59,6
Total	109	100

En la tabla 3, se aprecia que el 67% de las personas participantes en el estudio se autoperciben en sobrepeso y el 29,4% se perciben en peso normal.

De la totalidad de las personas participantes en el estudio, el 59,6% realizan en la actualidad, accio-

nes para mantener su peso adecuado, las acciones indicadas son: controlar alimentación (39,4%) y realizar actividad física (13,8%). Por otra parte, el 40,4% no realizan ninguna acción específica para mantener su peso adecuado en la actualidad.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE	Total	
	f	%
Práctica de actividad física en el último año		
SI	62	56,9
NO	47	43,1
Práctica de actividad física en el último mes		
SI	32	29,4
NO	77	70,6
Práctica de actividad física en última semana		
SI	30	27,5
NO	79	72,5
Principal razón para no haber practicado actividad física		
Porque su salud no se lo permite	17	15,6
No le interesa o no le motiva	20	18,3
No tuvo tiempo	30	27,5
No tiene lugares donde practicar	5	4,6
No tiene con quién practicar	5	4,6
Otro	2	1,8
Sí realiza	30	27,5
Total	109	100

La tabla 4, referente a la práctica de actividad física en la última semana, se encontró que 72,5% no la realizó. Entre las causas mencionadas tenemos

que el 27,5% refiere que no tiene tiempo, el 18,3% porque no le interesa o no le motiva y 15,6% porque su salud no se lo permite.

TABLA 5. INDICADORES DE BIENESTAR FÍSICO EN LAS MUJERES PARTICIPANTES. CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLES	Mujeres n=76			
	Media	DE	Mín	Max
Perfil Lipídico				
Col-Total	190,22	38,33	116,00	280,00
Col-HDL	52,16	9,51	37,00	97,00
Col-LDL	114,79	32,40	57,20	179,60
Triglicéridos	116,37	55,86	44,00	308,00
CT/HDL	2,22	0,58	1,14	3,36
Factor Riesgo Cardiovascular (LDL/HDL)	3,68	0,67	2,32	4,85
Medidas Antropométricas				
Peso	66,41	6,14	54,80	86,00
Circunferencia Abdominal	94,55	6,18	80,00	107,00
IMC	27,84	1,48	24,01	30,83
Presión Arterial				
Sistólica	131,28	13,90	100	170
Diastólica	90,57	8,21	70	110

Con relación a los indicadores físicos presentados por las mujeres, que se muestran en la tabla 5, se destacan en el perfil lipídico las cifras promedio del CT 190,22 mg/dl, el Col-LDL 114,79mg/dl y LDL/HDL 3,68. Referente a los promedios en las medi-

das antropométricas, se observa una CA 94,55cm y un IMC 27,84 kg/m². En cuanto a la Presión Arterial, se muestra un promedio en PAS de 131,28 mmHg y PAD de 90,57 mmHg.

TABLA 6. INDICADORES DE BIENESTAR FÍSICO EN LOS HOMBRES PARTICIPANTES. CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLES	Hombres n=33			
	Media	DE	Mín	Max
Perfil Lipídico				
Col-Total	181,55	41,18	106,00	268,00
Col-HDL	43,42	7,51	31,00	57,00
Col-LDL	109,98	29,47	54,80	154,60
Triglicéridos	140,67	65,64	39,00	372,00
CT/HDL	2,53	0,54	1,57	3,48
Factor Riesgo Cardiovascular (LDL/HDL)	4,18	0,70	2,86	5,58
Medidas Antropométricas				
Peso	79,53	7,36	67,10	99,00
Circunferencia Abdominal	98,55	1,72	87,00	112,00
IMC	27,88	5,82	24,60	30,87
Presión Arterial				
Sistólica	137,79	14,68	110,00	170,00
Diastólica	94,61	9,65	80,00	120,00

En cuanto a los hombres, en la tabla 6 se observa que, en el perfil lipídico las cifras promedio del CT son de 181,55 mg/dl, el Col-LDL 109,48mg/dl y LDL/HDL 3,68. Referente a los promedios en las medi-

das antropométricas, se observa una CA de 98,55 cm y un IMC 27,88 kg/m². En cuanto a la Presión Arterial, se muestra un promedio en PAS de 137,79 mmHg y PAD de 94,61 mmHg.

› **Discusión**

En relación con el perfil sociodemográfico de las personas participantes, se observó un predominio de hipertensión arterial y dislipidemia en el sexo femenino, lo cual es concordante con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Chilena 2010, que indica que la prevalencia de presión arterial elevada y dislipidemia según sexo es mayor en mujeres (8) y que a nivel nacional se controlan un 24,78% de mujeres hipertensas, frente a un 8,71% de hombres (9).

En cuanto a la variable edad en años cumplidos, se reporta que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad y que en el caso de las mujeres el perfil de riesgo es mayor que en los hombres (10).

Respecto al último nivel de escolaridad, que las personas participantes del estudio cursaron y aprobaron, mayoritariamente fue la enseñanza media. Se asocia el nivel de estudios y el riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, que puede explicar el exceso de riesgo de las clases más desfavorecidas. El nivel de estudios, además de aspectos económicos, reflejan el aprendizaje y la adquisición de habilidades en las que se basan las decisiones sobre estilo de vida y actitudes relacionadas con la salud (11), aspecto que debe ser incluido en los programas de salud cardiovascular.

En la variable estado civil actual, la mitad de la población participante es casada, al igual que otro estudio colombiano, donde predominaron las personas que se encontraban con pareja, en matrimonio y unión libre (12). Respecto del tipo de familia, mayoritariamente fue nuclear, compuesta por pareja e hijos. Estudios realizados en Chile reportan que el 43,00% de las familias son nucleares (13). El promedio de hijos que tuvo cada mujer coincidió con lo registrado en el Censo Chileno 2012,

donde el promedio de hijos por mujer para grupo de edad de 50 años o más, es de 3,20 (14).

Al analizar la situación ocupacional actual, el promedio de personas asalariadas en esta investigación coincide con lo descrito a nivel nacional en el Censo Chileno de 2012, donde la tasa de participación económica de la población es de un 55,93% (14). El trabajo independiente en este estudio se refiere principalmente a las ramas de actividad de comercio ambulante, preparación de alimentos caseros, artesanía, peluquería y estética. Se señala que una condición desfavorable en la posición socioeconómica puede contribuir al padecimiento de alteraciones psicológicas y respuestas neuroendocrinas e inflamatorias que pueden llevar a la adopción de conductas nocivas para la salud, lo que desencadena la aparición y prevalencia de la hipertensión, los trastornos lipídicos o la diabetes mellitus tipo 2 (15).

Al momento de la recolección de los datos la mayoría de las mujeres participantes en el estudio había presentado menopausia. Existe evidencia respecto a que una de las causas que afecta la salud de las mujeres en el período climatérico es la aparición de enfermedades crónicas que afectan sus expectativas de vida (16). Además, con la menopausia aumenta el riesgo cardiovascular, debido a la desprotección cardiaca por disminución de la carga hormonal (17). Por ejemplo, las dislipidemias juegan un rol muy importante en la patogénesis de la enfermedad ateromatosa y la mujer en la post-menopausia pierde la protección cardiovascular de los estrógenos y aumenta su riesgo cardiovascular (18).

En otro ámbito, en lo que compete a los hábitos de alimentación la evidencia indica que lo más recomendable es realizar 3 comidas principales y 2 meriendas ligeras a media mañana y media tarde, dejando un espacio no mayor de cuatro horas

entre comidas, este tiempo es apto para satisfacer el hambre, el organismo completa la digestión, mantiene estable la glicemia y no se exceda el aporte calórico (19). A pesar de dichas recomendaciones, los resultados muestran que la mayoría de las personas participantes en este estudio, solamente realizan tres tiempos de comida: desayuno, almuerzo y once.

El hallazgo de que la mayoría de participantes (93,6%) no agregue sal extra a las comidas, podría interpretarse como una reducción del consumo desde que son diagnosticadas con hipertensión. Sin embargo, se reporta que los chilenos de 15 años en adelante consumen en promedio 9,8 gramos al día, aunque en la VIII Región se sobrepasa el promedio con un consumo mayor a 10 gramos diarios (20), siendo 5 gramos lo recomendado como consumo máximo en personas con alteraciones en sus niveles de presión arterial (21). Se ha comprobado que el sodio en exceso conduce a retención de fluidos y elevación de presión arterial (22).

A pesar de que el 40% de las personas participantes consumen entre 1 y 2 litros de líquido al día, no se puede pasar por alto que este consumo incluye las bebidas gaseosas, las cuales a nivel nacional son consumidas por el 64% de la población, lo cual significa daño para la salud por su alto contenido en azúcar (20).

La mitad de las personas manifestaron consumir alimentos entre las comidas, lo cual coincide con lo reportado por el estudio de hábitos de alimentación en la población chilena, donde indica que existe un horario prolongado de 6 a 7 horas entre el almuerzo y la once, lo cual causa una disminución en los niveles de glicemia y por ende el rendimiento en las actividades, contribuyendo además al consumo de una dieta pobre en vitaminas y nutrientes, abundante en grasas y azúcares y, favoreciendo al aumento de peso (20).

Con relación a la autopercepción de peso, el 29,4% se percibió con peso normal, a pesar de estar en sobrepeso. Lo cual coincide con lo reportado a nivel nacional, que el 48,2% de hombres y 31,9% de mujeres con sobrepeso consideró equivocadamente su peso como normal, subestimando su estado nutricional real (23). La situación descrita favorece que las personas no tomen medidas respecto a su peso, ya que no lo consideran necesario. Es planteado por autores que el sobrepeso se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (24).

Más de la mitad de las/os participantes realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado, que se basan principalmente en el control de la ingesta alimenticia. El resto no realiza este tipo de acciones y fundamenta como razones por las que no controla el peso, principalmente, no creer tener la voluntad suficiente y no saber cómo. En un estudio sobre control de peso en personas con hipertensión, también se observó como causas más frecuentes para no cumplir con las medidas dietéticas el mantener relaciones sociales (visitar parientes o amigos/as), realizar otras tareas, pereza y no sentirse capaz de realizarlo (25). Además, la evidencia indica que el tener conocimiento sobre los beneficios que conllevan la práctica de la actividad física y la alimentación saludable, no es suficiente para emprender acciones de cambio (26).

En cuanto a su actividad física, más de la mitad de los/as participantes mencionó realizar actividad física pero no regularmente. Esto coincide con un estudio colombiano donde evalúan el nivel de actividad física en hombres y mujeres, y observaron que el 65,8% eran medianamente activos y el 34,2% sedentarios o físicamente inactivos (26). La Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (27) señala que el 70,6% de la población

chilena mayor de 18 años, no realizan ejercicios físicos ni deporte y que el 29,4% restante, sí lo realiza. El hábito sedentario, favorece la aparición de los factores de riesgo mayor, como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. La resistencia a la insulina es a menudo el denominador común a todas estas condiciones (28).

Se encontró como principal razón para no haber practicado actividad física el no tener tiempo, sin embargo, la falta de interés o motivación, así como el estado de salud figuraron como otros justificantes, lo que concuerda con la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (27). El aumento de la actividad física es un componente esencial en el manejo de las dislipidemias, porque reduce los niveles de Col-LDL, triglicéridos y aumenta los niveles de Col-HDL, promoviendo la reducción del peso corporal, lo que actúa favorablemente sobre la presión arterial, resistencia a la insulina y la vasculatura coronaria (28).

En lo que se refiere a indicadores de salud física, el IMC tanto en hombres como en mujeres los clasifica en sobrepeso. Un estudio español señala que, en el caso de las mujeres, el IMC es el factor que más precozmente se asocia a la hipertensión, de ahí la importancia de incorporar medidas preventivas orientadas a controlar su incremento (29). El promedio obtenido en la circunferencia abdominal en hombres y en mujeres fue superior al promedio de circunferencia abdominal para la población chilena (30). Para el presente estudio los hombres fueron clasificados en riesgo elevado y las mujeres en riesgo sustancialmente elevado.

Cabe destacar que la totalidad de mujeres participantes en este estudio, tienen diagnosticada hipertensión arterial, siendo relevante lo que indica la evidencia, en cuanto a que la presión arterial es un factor de riesgo asociado a enfermedad coronaria (31).

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de las enfermedades cardiovasculares, especialmente de la enfermedad coronaria (32). En los hombres se asocia el riesgo de enfermedad coronaria con el factor de riesgo de dislipidemia y colesterol total (31).

Un estudio español realizado en mujeres hipertensas con tratamiento de estatinas, concluye que existe una relación inversa entre los parámetros normales y por debajo de lo normal en Col-HDL y la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, además que las variables que se asocian al Col-HDL bajo, son el exceso de peso, la diabetes, el consumo de tabaco y el antecedente de enfermedades cardiovasculares (33). Una investigación mexicana realizada en hombres con hipertensión, señala que la acumulación de tejido adiposo a nivel abdominal en varones ha sido asociada a resistencia a la insulina y a síndrome metabólico, incremento de VLDL y Col-LDL, además de la disminución de Col-HDL (34).

Las mujeres participantes en este estudio presentan valores mayores a 100 mg/dl en el Col-LDL, un estudio español indica que las mujeres con hipertensión por lo general presentan aumento en los niveles de Col-LDL (29).

Respecto a la relación del LDL/HDL (Índice de Aterogenicidad), el valor encontrado indica que están con bajo riesgo de aterosclerosis y placa ateromatosa. Cabe señalar que sobre esta variable no se ha encontrado información respecto a mediciones en personas con hipertensión, solo con dislipidemia. En cuanto a la relación CT/HDL (Factor de Riesgo Cardiovascular), al revisarlo según sexo, para hombres el promedio fue de 4,25 y mujeres 3,7. Lo cual, es congruente con lo reportado por la Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile, con respecto al riesgo cardiovascular se observan importantes diferencias entre hombres y mujeres,

donde los primeros casi duplican en riesgo a las mujeres con un 20,5% y 11,9% respectivamente, el que además indica que el riesgo cardiovascular es directamente proporcional a la edad (35). Autores en el estudio Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America, realizado en Santiago de Chile, reconocen que CT/HDL es una medida que presentó la mejor correlación con placa aterosclerótica carotídea. Las personas estudiadas cuya razón CT/HDL era $>5,1$, tenían entre 1,5-2 veces más riesgo de aterosclerosis subclínica y placa (36). Asociado a lo anterior, autores señalan que el coeficiente CT/HDL aumentado es el principal predictor de enfermedad cardiovascular en la mujer (37).

Como conclusión se puede señalar que los resultados de este estudio, muestran una población con factores de riesgo cardiovascular, en cuanto a hábitos alimenticios (3 comidas al día y consumo de bebidas azucaradas), con una autopercepción de mantener un peso normal, a pesar de tener un IMC que clasifica en sobrepeso, lo cual dificulta la toma de conciencia para el autocuidado. Además, las personas participantes del estudio son en su mayoría sedentarias, justificando la no realización de actividad física por falta de tiempo y baja motivación para hacer ejercicio. Se denota que a pesar de ser una población que asiste a control con regularidad en un programa de salud cardiovascular en los centros de salud, mantiene el promedio de colesterol LDL, circunferencia abdominal y la presión arterial sistólica y la diastólica por encima de los parámetros normales. Estos resultados indican la necesidad de formular estrategias innovadoras de intervención a nivel primario para reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población con hipertensión, sobrepeso y dislipidemia, adecuado al nivel educativo y al sexo.

› Financiamiento

Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción. Dirección de Postgrado, Universidad de Concepción. Convenio de Desempeño UCO1201, Universidad de Concepción.

INNOVA-BIO BIO: Línea para apoyar la realización de Tesis de Postgrado y 11ava Convocatoria Innovación Emprendedora.

Referencias bibliográficas

1. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(9):724-30.
2. Tellez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2006.
3. Seremi de Salud Región del Biobío. Atlas de Salud 2014 Región del Biobío. Ministerio de Salud: Chile. 2014.
4. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago [Chile]: Gobierno de Chile.
5. Garrido J, Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol*. 2013;32(2):85-96.
6. Mosca L, Barrett-Connor E, Kass N. Sex/Gender Differences in Cardiovascular Disease Prevention What a Difference a Decade Makes. *Circulation*. 2011; 124(19): 2145-54.

7. Emanuel E. Siete requisitos éticos. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. OMS. 2003: 83-95.
8. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.
9. Alfaro T. Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo. Valparaíso [Chile]: Departamento de Epidemiología y DIPLAS Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2011. 179.
10. Gijón-Conde T, Banegas JR. Enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial: diferencias por género a partir de 100.000 historias clínicas. Rev Clin Esp. 2012; 212(2):55-62.
11. López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A, Tomás-Salvá M, Yáñez A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. Gac Sanit. 2015;29(1):27-36.
12. Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. Rev. salud pública. 2007; 9 (1):64-75.
13. Herrera S, Salina V, Valenzuela E. Familia, pobreza y bienestar en Chile: un análisis empírico de las relaciones entre estructura familiar y bienestar. Instituto de Sociología. Centro de Políticas Públicas UC; 2011. 19 p.
14. Labbé F, Carrasco E. Resultados XVIII Censo de Población 2012. Santiago [Chile]: Instituto Nacional de Estadísticas (INE); 2012. 133 p.
15. Romero T, Romero C. Prevención cardiovascular: tendencias y barreras socioeconómicas. Rev Esp Cardiol. 2010; 63(11):1340-8.
16. Blümel JE, Aravena H, Brantes S, Cruzat L, Lavín P, Montaña R, Navarrete I, Osorio E. Posición oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio para el manejo clínico de la mujer climatérica. Rev Med Chile 2010; 138: 645-51.
17. Howard H, Mack W. Hormone replacement therapy and the association with coronary heart disease and overall mortality: Clinical application of the timing hypothesis. Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2013; 142(2014): 68-75.
18. Kunstmann S, Gainza D. Dislipidemia en la mujer diagnóstico, clasificación y manejo. Rev. Méd. Clín. Condes. 2009; 20(1):47-52.
19. Gagneten S. Pierda peso sin perder su salud. 4ta ed. San José (Costa Rica): S. Gagneten. 2006. 213p.
20. Centros de Estudios de Opinión Ciudadana. Hábitos Alimenticios de chilenos. Talca (Chile): Universidad de Talca; 2006.
21. Elige Vivir Sano. Chile Saludable. Volumen I. Oportunidades y desafíos de Innovación. Santiago (Chile): Gobierno de Chile; 2012.
22. Botella F, Alfaro JJ, Hernández A. Uso y abuso de la sal en la alimentación humana. Nutr Clin Med. 2015; IX (3):189-203.
23. Mujica V, Leiva E, Rojas E, Díaz N, Icaza G, Palomo I. Discordancia en autopercepción de peso en población adulta Talca. Rev méd Chile. 2009; 137(1):76-82.
24. Jarl J, Toentino J, James K, Clark M, Ryan M. Supporting cardiovascular risk reduction in

- overweight and obese hypertensive patients through DASH diet and lifestyle education by primary care nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pra.* 2014;26(9):498-503.
25. Fernández L, Guerrero L, Andugar J, Casal MC, Crespo N, Campo C et al. Eficacia de un programa de intervención sobre control del peso en pacientes obesos hipertensos. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2006; 9(4): 6-11.
26. Yu Y, Wang L, Liu H, Zhang S, Walker S, Bartell T et al. Body Mass Index and Waist Circumference Rather Than Body Adiposity Index Are Better Surrogates for Body Adiposity in a Chinese Population. *Nutrition in Clinical Practice.* 2015;30(2):274-82.
27. Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 años y más. Informe Final. Concepción (Chile): Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 2012.
28. De la Maza MP, Díaz J, Gómez R, Maiz A. Normas Técnicas Dislipidemias. Santiago [Chile]: Gobierno de Chile; Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Departamento de Programas de las Personas, Programa Salud del Adulto; 2000. 79 p.
29. Magro A, Sagastagoitia JD, Sáez Y, Narváez I, Sáez de Lafuente JP et al. Factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial en mujeres según la edad. *Hipertensión.* 2005; 22(2):48-53.
30. Moreno MI. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Rev Chil Cardiol* 2010; 29: 85-7.
31. Sáez JP, Sáez Y, Vacas M, Santos M, Sagastagoitia JD, Molinero E et al. Diferencias de sexo en los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria comprobada angiográficamente. *Clin Invest Arterioscl.* 2009; 21(4):173-8.
32. Huth PJ, Park KM. Influence of Dairy Product and Milk Fat Consumption on Cardiovascular Disease Risk: A Review of the Evidence. *Adv Nutr.* 2012; 3: 266-85.
33. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celi-berti I, Di Nicola M et al Capasso LM. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(6):833-43.
34. Brito-Zurita OR, Verdín-García P, Domínguez-Banda A, CortezValenzuela AE, Villanueva-Pérez RM, Torres-Tamayo M. Grasa visceral y alteraciones metabólicas en hombres hipertensos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47 (2): 135-41.
35. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile. Santiago [Chile]: Ministerio de Salud; 2011. 96 p.
36. Acevedo M, Krämer V, Tagle R, Corbalán R, Arnaíz P, Berríos X et al. Relación colesterol total a HDL y colesterol no HDL: los mejores indicadores lipídicos de aumento de grosor de la íntima media carotídea. *Rev. méd. Chile.* 2012; 140(8): 969-76.
37. Morales C, Royuela M. Estrategias terapéuticas. Riesgo cardiovascular y dislipidemias en ancianos y mujeres. *Clin Invest Arterioscl.* 2013; 25(3):146-50.

Prácticas artísticas y calidad de vida en jóvenes universitarios integrantes de grupos artísticos

Autores:

Luz Patricia Díaz Heredia. Enfermera. Dra. en Enfermería. Profesora Asociada Facultad de enfermería.

Departamento de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. E-mail: lpdiazh@unal.edu.co

Mónica del Pilar Urrego Méndez. Psicóloga. Especialista en Administración de Empresas y Desarrollo Humano.

Consultora Organizacional y Psicoterapeuta. E-mail: mpurregom@unal.edu.co

Ana María Herrera Becerra. Estudiante de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia.

E-mail: amherrerab@unal.edu.co

Gloria Alicia Rodríguez Cruz. Licenciada en Educación con énfasis en Administración. Magister en Administración. Profesional Especializada División de Cultura. Dirección de Bienestar Universitario. Universidad Nacional de Colombia.

E-mail: garodriguezcr@unal.edu.co

› Resumen

Introducción. La cultura y sus expresiones artísticas constituyen un componente fundamental en la vida y la formación integral de los seres humanos. La relación entre cultura y educación es bidireccional, pues hace parte de un mismo proceso encaminado a potenciar capacidades personales, generar bienestar y desarrollo humano. Con el fin de reconocer el aporte de la cultura al ámbito universitario, se propuso desarrollar una investigación que tuvo como objetivo identificar la influencia de las prácticas artísticas en la calidad de vida de un grupo de jóvenes universitarios pertenecientes a grupos en los que se aprenden y desarrollan diversas prácticas artísticas. **Material y Método.** Estudio cualitativo con análisis de contenido. **Resultados.** Se reconoció la influencia de las prácticas artísticas en cinco categorías que teóricamente son soportadas por las dimensiones previamente identificadas en la revisión de la literatura del constructo calidad de vida: Bienestar físico “Tomo conciencia de mi cuerpo y sus potencialidades”, Bienestar emocional “Me encanta lo que hago”, Bienestar Social “Mi grupo es mi segunda familia”, Bienestar Material “El arte me abre nuevas posibilidades de ocupación” y Desarrollo personal “El arte transformó mi vida”. **Conclusión.** Como conclusión se señala que existe una influencia positiva en la calidad de vida de los individuos que desarrollan prácticas artísticas, al contribuir de manera importante en el desarrollo y fortalecimiento de las diferentes dimensiones del ser, promoviendo el desarrollo integral, la prevención, promoción de la salud y la sana convivencia.

› **Palabras claves:** Arte; calidad de vida; adulto joven, promoción de la salud (DeCS).

Artistic practices and quality of life in college students members of artistic groups

› Abstract

Background. Culture and its artistic expressions are a fundamental components in the life and the integral development of human beings. The relationship between culture and education is bidirectional, because it is part of the same process aimed at enhancing personal skills, generate well-being and human development. In order to recognize the contribution of culture to the scope of the university, it was proposed to develop a research aimed to identify the influence of artistic practices in the quality of life of a group of university students who belong to groups that learn and develop diverse artistic practices. **Material and method.** The methodology used was a qualitative with content analysis. **Results.** The results allowed us to recognize the influence of artistic practices in five categories that are theoretically supported by the dimensions previously identified in the literature review of the construct life quality: physical well-being “I became aware of my body and its potential”, Emotional well-being “I love what I do”, Social Well-being “My group is my second family”, Material Well-being “art opens new possibilities of occupation” and, Personal Development “art transformed my life”. **Conclusions.** As conclusion, it states that there is a positive influence on the life quality of individuals who develop artistic practices, these practices contribute significantly to the development and strengthening of the different dimensions of being, furthermore, they promote integral development, prevention, health promotion and healthy living.

› **Keywords:** Art; quality of life; young adult; health promotion (DeCS).

› Introducción

Lo artístico y cultural como actividad del ser humano influye en su desarrollo, al evidenciar que tiene consecuencias cognitivas que impactan en la vida de los estudiantes al mejorar el análisis, la reflexión crítica y en general el pensamiento holístico, habilidades y destrezas físicas que permiten sensibilizar los sentidos vitales, pues facilitan la autoconciencia, estimulan la memoria y la imaginación, favoreciendo además de la salud física y la actividad cognitiva. Así mismo, la práctica artística constituye un espacio para explorar la vida interior mediante los lenguajes que ofrece la expresividad en su diversidad, desde las clásicas bellas artes: música, danza, narración oral, teatro, hasta en las formas más tradicionales de la propia cultura como lo es la tradición oral (1).

De igual forma, la práctica artística favorece el desarrollo de habilidades sociales, el trabajo en equipo al promover la capacidad de descubrir, compartir e incorporar experiencias que se constituyen en símbolos colectivos, posibilitando el conocimiento individual y grupal mediante el desarrollo de identidad, autodisciplina, crítica y cohesión social (2).

Algunos autores manifiestan que es importante defender y darle el valor adecuado al impacto del arte en la educación, pues se han comprobado los resultados positivos en el desarrollo de habilidades cognitivas; aumento significativo en el procesamiento visual del aprendizaje, toma de decisiones en equipo para resolver un problema (3,4); por medio del arte el aprendizaje es más sencillo, más disfrutable y se obtienen mejores resultados (5). En educación superior se realizó una investigación sobre rendimiento académico y arte, en la cual encontraron correlación significativa entre el promedio/rendimiento académico de algunas asignaturas e involucramiento y motivación artística (3).

La calidad de vida como concepto principal de este proyecto, se considera multidimensional, y contempla los niveles de: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos; que reflejan los valores positivos y las experiencias de vida (6). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (7).

La aplicación del concepto en los diferentes escenarios, llevó a determinar la investigación en calidad de vida como imprescindible por su principio organizativo aplicable a la mejora de la sociedad, sujeta a transformaciones culturales, políticas, tecnológicas y económicas (8,9).

Para la OMS, la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la mera ausencia de enfermedad” (7), considerado como referente importante en este estudio. Adicionalmente, debe considerarse que es “un concepto que engloba un amplio abanico de factores, potenciales intelectuales, sociales, emocionales y físicos característicos del ser humano a lo largo de todas las épocas y culturas” (10).

El arte como lenguaje que teje historias, comunica sentidos para crear, transformar y ayudar a la definición del significado de vivir, mediante el disfrute de lo estético, lo armonioso y lo corporal, hace parte de la cotidianidad del ser humano, contribuyendo a su bienestar. Sin embargo, el reconocimiento de las prácticas artísticas como medio que contribuye a la calidad de vida y al desarrollo integral en los jóvenes universitarios, que complementan su formación académica a través de las mismas, no ha sido abordado en profundidad,

por lo cual, la presente investigación se propuso como objetivo identificar la influencia de las prácticas artísticas en la calidad de vida de un grupo de jóvenes universitarios practicantes de artes diversas. Teniendo en cuenta lo mencionado, la pregunta de investigación que orienta la realización de este estudio fue ¿existe influencia en la calidad de vida de los jóvenes universitarios que desarrollan prácticas artísticas y culturales como parte de su vida universitaria?

› Material y método

El paradigma en el que se inscribe la presente investigación es el interpretativo, este es un estudio cualitativo con análisis de contenido. Se utilizaron como técnicas de recolección de información la entrevista semiestructurada y el grupo focal, contando como informantes los estudiantes universitarios representantes de distintos grupos que desarrollan actividades tales como la danza, la música, el teatro y la narración oral.

Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas que permitieron profundizar en las opiniones, conocimientos, motivaciones y experiencias del sujeto. El procedimiento para la realización de estas implicó el diseño de una guía de preguntas, la convocatoria a los integrantes de los Grupos Artísticos Institucionales (GAI), durante el año 2015.

El grupo focal permitió la recopilación de información asociada a las experiencias de los integrantes de los Grupos, el cual se desarrolló en una sesión de 1 hora y 10 minutos en la que participaron de manera voluntaria otros 19 miembros de estos grupos artísticos. El grupo focal contó con una mediadora que guio la actividad y con dos observadoras que se encargaron de registrar por escrito algunos comentarios relacionados con las dinámicas y el lenguaje verbal y no verbal, quienes hacían parte del equipo de investigación.

Respecto al método de análisis para las entrevistas, se planteó el Análisis Cualitativo de Contenido (11), cuyo procedimiento incluye: Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación: el corpus elegido fue la transcripción de las 19 entrevistas y el grupo focal. A continuación, se definieron las Unidades de Análisis en las transcripciones del corpus: en ellas se enumeraron de forma consecutiva las frases u oraciones de la transcripción, teniendo en cuenta el tipo de información focal sin ninguna modificación. Posteriormente, se establecieron las reglas de análisis y códigos de clasificación para agrupar la información y generar las categorías. Por último, se desarrolló la construcción de las categorías correspondientes a través del análisis y comparación de los códigos que pertenecían a cada categoría. El proceso analítico se continuó con la integración e interpretación final de los hallazgos: en esta última etapa se apoyó en todo el trabajo inductivo previo y en la interpretación para descubrir lazos entre categorías, para comprender lo enunciado por los jóvenes. Finalmente, se devolvió la información a los participantes, quienes confirmaron la interpretación realizada.

Es de anotar que la investigación respondió a las normas éticas establecidas en los códigos nacionales e internacionales, razón por la cual fue sometida al comité de ética de la Facultad de Enfermería de la universidad Nacional de Colombia, que revisó y avaló el desarrollo de la misma, mediante oficio UGI-197-2014 del 1 de octubre de 2014 y se complementó con la firma del consentimiento informado por todos los participantes.

› Resultados

En primera instancia se presenta la caracterización general del grupo de estudiantes que participaron en la investigación ver tabla 1.

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LOS 38 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

Género	Masculino	18
	Femenino	20
Edad	Menor de edad (18 años)	8
	19 a 24 años	21
	Mayor 24 años	9
Estudiante por área	Ciencias básicas	11
	Ciencias de la salud	5
	Ciencias humanas	8
	Ingenierías	6
	Artes	5
	Ciencias políticas y derecho	2
	Ciencias económicas	1
Grupo artístico institucional	Grupo Pop y Rock	4
	Grupo Danza Árabe	3
	Grupo Cantos y Danzas Afrocolombianas	3
	Grupo Gaitas y Tambores	4
	Grupo Salsa y Merengue	4
	Grupo Tuna Femenina	2
	Grupo Zancos y Comparsa	4
	Grupo Tuna Masculina	2
	Chirimía y Conjunto de Marimba	4
	Música Andina	1
	Danza Contemporánea	1
	Grupo de Stomp	1
	Grupo Ensamble Músico-vocal	2
	Narración Oral	2
	Teatro Experimental	1

FIGURA 1. CATEGORÍAS IDENTIFICADAS EN EL ESTUDIO.

"Me encanta lo que hago"	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • Satisfacción • Manejo emocional
"Mi grupo es mi segunda familia"	<ul style="list-style-type: none"> • Red de apoyo • Familiaridad • Construcción colectiva
"Tomo conciencia de mi cuerpo y sus potencialidades"	<ul style="list-style-type: none"> • Transformación de hábitos • Conciencia corporal • Fuerza, flexibilidad, equilibrio, resistencia
"El arte me abre nuevas posibilidades de ocupación"	<ul style="list-style-type: none"> • Becas por distinciones • Conocimientos artísticos como sustento económico • Aprendizaje artístico de calidad a bajo costo
"El arte transformó mi vida"	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento personal • Formación integral • Aprendizajes para la vida

Como muestra la figura 1, del proceso de análisis desarrollado se establecieron cinco categorías: "Me encanta lo que hago", "mi grupo es mi segunda familia", "tomo conciencia de mi cuerpo y sus potencialidades", "el arte me abre nuevas posibilidades de ocupación" y "el arte transformó mi vida".

La categoría "el arte transformó mi vida", fue la categoría más relevante planteada como resultado positivo de la práctica artística, y en particular al referirse a la capacidad para asumir retos individuales con cierta dificultad, al poner a prueba las propias habilidades para su consecución, y cuya obtención genera altos niveles de satisfacción, en particular cuando se enfrentan a presentaciones ante el público o en competencias. Estos logros constituyen el objetivo y la motivación principal del individuo que destina su mejor esfuerzo y energía para su realización, así como el reconocimiento que otros pueden hacer de sus habilidades.

Algunos testimonios que sustentan estos resultados son:

"Me aportó primero en mi actitud como persona, forjando un carácter, quitándome la pena (vergüenza) con las personas, siendo también más flexible, un poco más amable." (E-5)

"Soy una persona que encontró la disciplina, el orden y el esfuerzo en la danza". "El arte y sus diversas manifestaciones han tenido un papel muy importante en mi vida que se ha dado paralelo a mi proceso de formación académica". (E-1)

"Te cambia la forma de ver el mundo" (E-4)

"El arte se vuelve parte de la vida de uno". (E-16)

La categoría "Me encanta lo que hago", fue la segunda dimensión en la que los participantes de los GAI refirieron haber tenido alguna influencia en su vida, en particular en el manejo emocional

de las situaciones, que se conceptualizó desde la asertividad, como la habilidad para expresar los pensamientos, sentimientos y emociones y elegir cómo reaccionar. Y por otra parte, el autocontrol, que puede estar dado desde un locus de control interno y que corresponde a la capacidad de manejo de las emociones y del estrés. Los participantes se refirieron al manejo de la timidez frente a otras personas gracias a su incursión en las prácticas artísticas, lo cual les permite aumentar su autoconfianza y relacionarse más fácilmente. Este aspecto introduce transformaciones en la dimensión social y de desarrollo personal, dado que les permite desenvolverse en otras esferas de su vida como fue expresado en las siguientes frases:

“Si uno está allá es porque dice ‘amo bailar y esto es lo que me gusta, esto es mío’ y eso me encanta; me encanta que cada vez que voy es algo nuevo, cada clase es diferente, todas las experiencias son muy chéveres.” (E-2)

“A nivel emocional también ha influido bastante, porque nosotras manejamos mucho el promover ciertos valores como la humildad, el liderazgo y, pues, obviamente esto impacta tanto mi vida académica actual como mi vida profesional, esto me hace feliz y realizada.” (E-1)

“Uno extiende sus límites y se da cuenta que es capaz de hacer mucho más, se siente uno feliz y realizado.” (E-19)

“Me ha impactado, he aumentado la confianza en mí mismo al saber que tengo algo para mostrar a las personas. Ya no soy tan tímido ante otras personas como antes.” (GF-P3)

Otra categoría identificada fue “Mi grupo es mi segunda familia”, en particular el aspecto de relaciones interpersonales, que se conceptualizó a través de la existencia de una comunicación asertiva, como expresión directa de los sentimientos. El en-

cuentro de un grupo que soporta y apoya no solo en las actividades propias del arte, sino que se convierte en una familia extendida fundamentada en la amistad. El impacto en las relaciones sociales es importante, por cuanto estas se fundamentan en la integración a un grupo y la pertenencia al mismo, generando sentimientos positivos de confianza en sí mismo y en los demás. Además, se enfatiza en el reconocimiento que sienten por parte del público cuando se presentan en el escenario, el cual se evidencia en los aplausos, la retroalimentación verbal y no verbal, y en el ambiente que se genera en estos espacios. Las expresiones que soportan esta categoría incluyen:

“Lo principal ha sido el construir valores de familia y amistad en el grupo.” (E-11)

“Las prácticas artísticas aportan en la vida profesional de manera impresionante, en la medida en que te permiten relacionarte con las personas que comparten ese mismo gusto, pero también te permiten abrir lazos interpersonales.” (E-8)

“Lo principal ha sido el construir valores de familia y amistad en el grupo. Somos un grupo que es muy unido, trabajamos siempre ayudándonos unos a otros, buscamos aprender y desarrollar habilidades en esta área de la cultura, y además generar lazos de amistad, apoyarnos y eso marcó la universidad para mí porque, simplemente son mi segunda familia.” (GF-P15)

“Los lazos que uno forma tan rápidamente son muy fuertes. El grupo es como un núcleo, una familia chiquita, es delicioso sentirse parte de algo en la universidad.” (GF-P17)

“Independientemente del grupo en el que uno esté, del arte que practique, es el hecho de trabajar en grupo y de pertenecer a una familia, porque los GAI se convierten en eso, son personas que comparten algo y se reúnen en la semana para hacer algo que les gusta, hacerlo bien y acompañarse.” (E-13)

“En presentación, ese aplauso, la alegría del público, su reconocimiento, es eso lo más valioso.” (E-2)

La siguiente categoría identificada en lo enunciado por los jóvenes de los Grupos fue “Tomo conciencia de mi cuerpo y sus potencialidades” en donde el estado de salud fue el más representado en las unidades de análisis clasificadas. Esta dimensión incluye como aspecto principal el funcionamiento físico, considerado como la respuesta adecuada del organismo ante la actividad física diaria, así como el efecto positivo en el estado de salud, y el adecuado desempeño ante las exigencias corporales que demanda la práctica artística, al respecto los jóvenes se expresaron así:

“En la parte física el rendimiento que uno tiene es exigente; entonces, pues he mejorado mucho mi salud también.” (E-9)

“El pertenecer a un Grupo Artístico Institucional te exige disciplina, que lleva a cambios en el tono muscular, cambios en la elasticidad, las articulaciones, el movimiento, la postura, como uno se mueve y se desenvuelve en el espacio.” (E-6)

“Y en general, pues, bailar cualquier estilo es como hacer un deporte también, se trabaja a nivel cardiovascular, aporta mucho; a mí en particular me da equilibrio, un balance entre lo que hago en la academia, lo que hago en ingeniería y pues en este otro mundo más artístico.” (GF-P4)

“Yo fumaba cigarrillo y me di cuenta que mi cuerpo no da para estar fumando e ir a bailar tres horas.” (GF-P10)

A pesar de que el buen estado físico de los integrantes de los GAI se evidencia en las presentaciones artísticas y que los entrevistados reportan haber sentido transformaciones positivas en su condición corporal, esta no es la principal motivación para pertenecer al grupo ni el aspecto que más destacan. Más bien, como muestra el gráfico 2, el bienestar físico es una dimensión que se impacta de forma paralela mientras suceden los cambios más evidentes en el Desarrollo personal.

FIGURA 2. RELACIÓN DE LAS CATEGORÍAS CONSTRUIDAS EN EL ESTUDIO.



En la categoría denominada “El arte me abre nuevas posibilidades de ocupación”, los testimonios dieron cuenta de la posibilidad de obtener ingresos económicos o ahorros importantes mediante el desarrollo de las prácticas artísticas como forma de trabajo, también refirieron que los aprendizajes obtenidos pueden ser aplicados a futuro en el ejercicio profesional, incrementando las posibilidades de adquisición. Algunos enunciados que soportan esta categoría son:

“Las experiencias que he adquirido me han servido para proponer en otros espacios y también en el campo laboral talleres de danza árabe, en mi sitio de práctica y también en otros lugares.” (GF-P1)

“La universidad me ha ayudado brindándome becas por obtener distinciones en diferentes concursos.” (E-4)

“Estuve becado gracias a los reconocimientos obtenidos durante la práctica artística, casi cuatro años durante todos mis estudios de posgrado, lo cual fue una ayuda increíble a nivel económico.” (E-18)

“De aquí a mañana ya se valorará que el arte también puede ser una profesión”, “sí es posible ver el arte como forma de sustento”, “permite nuevas posibilidades de ocupación complementarias a la profesión.” (E-15)

› **Discusión**

En consonancia con el objetivo propuesto de identificar la influencia de las prácticas artísticas en la calidad de vida de un grupo de jóvenes universitarios, y con base en los resultados obtenidos se puede argumentar lo siguiente:

Las prácticas artísticas constituyen un medio, entre otros posibles, a través del cual se impactan de forma positiva las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida, teniendo consciencia de que

ésta abarca un espectro amplio en la vida de los estudiantes, que contempla nociones objetivas y subjetivas, referenciando a la calidad de vida como concepto multidimensional determinado por factores personales y ambientales (9). Los resultados obtenidos también permiten señalar la correspondencia y los puntos de confluencia que han sido descritos en la literatura como dimensiones constitutivas del constructo Calidad de Vida (12), encontrando que éstas se interrelacionan íntimamente y se afectan mutuamente. Se reconoce que la práctica artística aporta a la vida y al crecimiento interior de los jóvenes, al ser una experiencia positiva que contribuye a la percepción de una vida mejor y más plena (13).

Las formas en las que se evidenció el aporte de las prácticas artísticas y culturales a la calidad de vida, se reflejan en el desarrollo integral, en aspectos emocionales, de personalidad y de crecimiento individual y grupal, en especial a través de las habilidades que se logran consolidar como artista y como ser humano. El saber cómo desempeñarse, solventar los momentos críticos, el confiar en las propias capacidades y el ser capaz de afrontar no solo las presentaciones en público, sino todos los requerimientos y situaciones en las que se ve inmerso durante la vida tanto personal como académica, aportan de manera contundente a la seguridad, confianza y apropiación de un auto-concepto más sólido. De esta manera, se corrobora lo referenciado por la literatura cuando se menciona que el realizar actividades artísticas facilita el fortalecimiento de las habilidades para afrontar los retos no solo a nivel personal, sino también los relacionados con el desempeño académico (1).

Al adquirir estrategias de afrontamiento la persona logra vencer el miedo a la exposición ante un público y a la crítica, se pueden desarrollar fortalezas que contribuyen al establecimiento de re-

laciones interpersonales, mediadas por el trabajo conjunto y los compromisos grupales, pues en la mayoría de los casos las actividades artísticas implican el trabajo compartido y la corresponsabilidad de la puesta en escena. Esto ratifica que el arte fomenta el fortalecimiento de capacidades y actitudes que favorecen el trabajo en equipo, el diálogo y el intercambio de ideas (14).

Por otra parte, se evidenció que el desarrollo integral también involucra al cuerpo, pues el ámbito físico se ve fortalecido cuando la persona reconoce capacidades mayores de las que creía poseer (15). Es por esto que se considera el arte como un medio que le permite al individuo identificarse, encontrarse consigo mismo y conocer su cuerpo (1). Se encontró que la capacidad física mejora la condición de salud y les ofrece seguridad y cambios de hábitos poco saludables como el sedentarismo y el consumo de cigarrillo, entre otros.

Como contenido latente también se encontró que los participantes han buscado estos espacios como mecanismo para salir de la rutina cotidiana, eligiendo permanecer en ellos por el disfrute que les producen las prácticas artísticas, desde la autorrealización, la satisfacción personal y las relaciones con otros, sintiendo el arte como una expresión de sí mismo, y como forma de sublimación emocional. Lo anterior, evidencia las funciones del arte, las cuales son un medio para la transmisión de sensaciones, comunicación e identificación con el otro, estrategia terapéutica que favorece la reflexión sobre la realidad (14).

Teniendo en cuenta la experiencia narrada por los participantes, las prácticas artísticas se convierten en un anclaje adicional que liga al estudiante con la universidad, proporcionándole un sentido de pertenencia más fuerte con esta, ya que le brinda oportunidades para su desarrollo integral, tanto a nivel intelectual, personal y profesional (15). Lo an-

terior se ratifica con lo señalado en la afirmación “se requieren profesionales enriquecidos desde el campo artístico en su sensibilidad, para que a través de sus propios imaginarios, sean creativos en sus contextos y den sentido de humanidad a su ejercicio profesional” (16), de allí la importancia del papel del arte en la educación superior y por tanto en la formación de futuros profesionales (17).

Los resultados obtenidos y su respectivo análisis han permitido el avance en la comprensión y conocimiento de la realidad de los estudiantes que desarrollan prácticas artísticas como parte de su cotidianidad, al percibir el espacio de los grupos como una oportunidad de cambio en la que es posible desarrollarse como persona y adquirir herramientas y valores importantes para la vida, pues ésta se comienza a ver a través de los ojos de un artista, con creatividad y asombro en medio de lo cotidiano. Lo anterior se articula con la evidencia teórica que ubica al arte como un medio importante en el fortalecimiento del pensamiento contemplativo que favorece el desarrollo imaginativo, creativo, compromiso, responsabilidad, cuidado y comprensión de la vida (1).

Para las disciplinas interesadas en promover la salud y la calidad de vida, los hallazgos aquí presentados aportan elementos fundamentales para alcanzar el anhelado desarrollo integral y aporte a la calidad de vida en los estudiantes universitarios (18). Si se busca promover el desarrollo de actividades artísticas integradas a la academia o a los ámbitos de cuidado el impacto puede ser importante (19). A enfermería, en el ámbito de la salud estudiantil, le brinda elementos concretos, el uso del arte para promover la salud y alcanzar niveles mayores de bienestar que constituyen el eje de una vida plena. Ésta al ser una disciplina profesional con compromiso social, está llamada

a utilizar un variado tipo de recursos para alcanzar la salud y el bienestar, entre estos la práctica del arte y la expresión artística (22). Al ser partícipes y promotores de actividades artísticas dentro de los campus universitarios, se ratifica la importancia del Arte como estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como se ha descrito en los contextos escolares (20,21).

Los resultados de la investigación, posicionan la práctica artística como expresión cultural en un lugar trascendental en la formación integral de las personas (23), al permitir el fortalecimiento de las diferentes dimensiones de calidad de vida, lo cual está articulado con los objetivos misionales tanto de la universidad, como de la Educación.

Se puede señalar como conclusión que sí existe un efecto positivo de las prácticas artísticas en la calidad de vida de los jóvenes universitarios, que las desarrollan como complemento a su formación profesional. Se plantea la práctica artística como un medio para generar y movilizar procesos, en la medida en que la persona aprende y se enriquece en el trabajo personal y grupal, construyendo y fortaleciendo redes de apoyo (24).

El practicar actividades artísticas y culturales ha permitido el reconocimiento de la multi-dimensionalidad de las cosas, notando que la universidad trasciende de ser un espacio de formación académica, en el que las personas se forman no solo para desempeñar una profesión, sino para lograr un desarrollo integral (25).

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede considerar que la transferencia de los resultados obtenidos solamente es aplicable a grupos de estudiantes que desarrollan prácticas artísticas como parte de sus experiencias de formación dentro de la universidad, sin embargo, es necesario promover que todo estudiante reconozca los inte-

reses, motivaciones y actividades que le permiten crecer y transitar de manera positiva durante su formación universitaria.

Para futuras indagaciones sería importante continuar el seguimiento a la relación entre las prácticas artísticas y la calidad de vida durante toda la trayectoria universitaria de los estudiantes que practican estas formas de expresión. Se recomienda continuar reconociendo otros aspectos relevantes para la formación universitaria como la práctica del arte y su efecto en el estrés académico, en la generación de un sentido de pertenencia con las instituciones, y como factor protector durante la trayectoria académica.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Educación Nacional de Colombia (MINEDUCACIÓN). Serie lineamientos Curriculares: Educación Artística. [Internet]. MINE-DUCACIÓN; 2014 [Acceso 19 mar 2016]. Disponible en http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-339975_recurso_4.pdf
2. Watanabe A, Yasuko B. La Calidad de Vida: Eje del bienestar y el desarrollo sostenible. Hologramática, 2011; 15(1): 3-34.
3. Ferreyra DA, Oropeza R, Ávalos ML. Relación entre la práctica de las artes y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Sinéctica. 2015 (ene-jun); 44: 1-14.
4. Moorefield-Lang H. Arts voices: Middle school students and the relationships of the arts to their motivation and self-efficacy. Qual Rep. 2010; 15(1): 1-17.
5. Gutiérrez V. La Educación Artística en Obra Negra. El Economista [Internet]. 2010/06/24; Arte e Ideas: Recuperado [19 de junio 2015] Disponible en: [BENESSERE - Revista de Enfermería -](http://eleconomista.com.mx/entretenimien-

</div>
<div data-bbox=)

to/2010/06/24/educacion-artistica-obra-negra.

6. Schalock RL, Brown I, Brown R, Cummins RA, Felce D, Matikka L, et al. Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Ment Retard.* 2002 (dic); 40(6), 457-70.

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. OMS; [Actualizado jun 2016; acceso 23 sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

8. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Internet]. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca; 2008 [acceso 27 abr 2015] Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

9. Verdugo MA. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación. 2da ed. Salamanca (España): Amarú Ediciones; 2006. 494 p.

10. Calderón C, Gustems J. Arte y Bienestar. Investigación Aplicada. Barcelona (España): Universidad de Barcelona Publicaciones y Ediciones; 2014. 150 p.

11. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas.* 2003; II: 53-82.

12. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicol.* 2012; 30(1): 61-71.

13. Parres RE, Flores RC. Experiencia educativa en arte visual diseñada bajo un modelo de autorregulación del aprendizaje con estudiantes universitarios. *Revista mexicana de investigación*

educativa, 2011; 16(49): 597-624.

14. García C. ¿Qué puede aportar el arte a la educación? El arte como estrategia para una educación inclusiva. *Arte y Sociedad Revista de Investigación* [Internet]. 2012. [acceso 27 abr 2015]; Disponible en: asri.eumed.net/1/cgm.html

15. Albarracín JG. El rol de las prácticas artísticas inmersas en los procesos de formación motriz en la Facultad de Cultura Física Deporte y Recreación. *Revista de Investigación: Cuerpo, Cultura y Movimiento.* 2014; 4(2):129-40.

16. Fandiño JM. El arte y la educación superior. *Educación y Educadores.* 2004; (7): 229-35.

17. Angulo B, González LH, Santamaría C, Sarmiento P. Formación integral de los estudiantes: Percepción de los profesores de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. *Colomb Med.* 2007; 38 (Supl 2): 15-26.

18. Wald G. Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires. *Salud colectiva.* 2009; 5(3): 345-62

19. MacLeod A, Skinner MW, Wilkinson F, Reid H. Connecting socially isolated older rural adults with older volunteers through expressive arts. *Can J Aging.* 2016 (mar); 35(1): 14-27.

20. Ríos-Cortázar V, Gasca-García A, Franco-Martínez M, Tolentino-Mayo L. Narrativa infantil en entornos escolares: Una estrategia de promoción de la salud. *Salud pública Méx* [Internet]. 2014 [acceso 9 abr 2016]; 56(Suppl 2): s130-s8. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000800006&lng=en.

21. Hensel D, Bradburn TC, Kelly A, Manahan H, Metzinger F, et al. Student impressions of an art therapy class. *J Holist Nurs.* 2012; 30(4):264-9.

22. Gómez J. Aplicación e integración del arte como terapia en los cuidados enfermeros. *Reduca* (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2009; 1(2): 442-50.
23. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Educación del Distrito de Bogotá. Orientaciones para el área de Educación Artística. Currículo para la excelencia académica y la formación integral. Bogotá (Colombia), 2014.
24. Mundet A, Beltrán AM, Moreno A. Arte como herramienta social y educativa. *Revista Complutense de Educación*. 2015; 26(2): 315-29.
25. Mora JM. Educación artística para la formación integral. Complementariedad entre cultura visual e identidad juvenil. *Estud pedagóg*. 2012; 38(2): 321-35.

Trastornos musculoesqueléticos en odontólogos

Autores:

Karla Lizbeth Fimbres Salazar. Licenciada en Enfermería. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. E-mail: karla.fimbress@gmail.com

Julio Alfredo García Puga. Enfermero, Doctor en Ciencias Sociales. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. E-mail: alfredogarcia@enfermeria.uson.mx

Rosa María Tinajero González. Enfermera, Doctora en Educación. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. E-mail: rosa.tinajero@unison.mx

Rosa Elena Salazar Rubial. Enfermera, Doctora en Educación. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. E-mail: rsalazar@enfermeria.uson.mx

María Olga Quintana Zavala. Enfermera, Doctora en Enfermería. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. E-mail: olga_quintana@enfermeria.uson.mx

**Investigación derivada de tesis de pregrado.*

› Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar trastornos musculoesqueléticos en odontólogos de una clínica dental en Hermosillo, Sonora. **Material y método.** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y observacional, el muestreo fue no probabilístico y la muestra estuvo constituida por 30 sujetos. Se utilizaron los instrumentos Cuestionario Estandarizado Nórdico y el método Rapid Entire Body Assessment. **Resultados.** Se obtuvo un nivel de riesgo medio (70%) y con una necesidad de implementar acciones del 70%. Al evaluar la sintomatología de cada zona anatómica, durante la práctica odontológica, se observó un predominio de sintomatología en cuello (70%), región dorsal o lumbar (63,3 %), hombros (46,7%), el lado derecho presenta más alteraciones (36,7%), manos o muñecas (46,7 %) y mayor frecuencia en mano o muñeca derecha (33,3 %), en codos o antebrazos la mayoría señala no tener molestia (90%). **Conclusiones.** De los trastornos músculo-esqueléticos en odontólogos sobresalen molestias en cuello, región dorsal o lumbar, hombros, manos y muñecas, con mayor alteración en la parte derecha. Desde la enfermería laboral se deben proponer acciones para disminuir el riesgo.

› **Palabras claves:** Enfermedades Musculoesqueléticas, Odontología, Enfermería (DeCS).

Musculoskeletal disorders in odontologists

› Abstract

The objective of this research was to identify the musculoskeletal disorders in odontologists from a dental clinic in Hermosillo, Sonora. **Material and Method.** A quantitative study was conducted, not experimental, transversal and observational, sampling was non-probabilistic. The sample consisted of 30 subjects. The instruments used were the Nordic standardized questionnaire with a Cronbach's alpha of 0.83 and the Rapid Entire Body Assessment method. **Results.** The study got a mean level of risk (70%) with the necessity of implementing actions of 70%. Assessing symptoms of each anatomical region, during the Dental Practice, it was observed a predominance of symptoms in the neck (70%), dorsal or lumbar region (63.3%), shoulders (46.7%). Also, right side presents more alterations (36.7%), hands or wrists (46.7%) and frequently continues right hand or wrist (33.3%). Most subjects indicate do not have any hassle (90%). **Conclusions.** Among the musculoskeletal disorders in dentists, outstands neck discomfort, thoracic or lumbar region, shoulders, hands and wrists, with more alterations on the right side. Nursing should propose actions in order to reduce the risk.

› **Keywords:** Musculoskeletal Diseases, Dentistry, Nursing (DeCS).

› Introducción

La Odontología es una profesión y disciplina del área de las ciencias de la salud que tiene por objeto de estudio la salud bucal de los seres humanos en las diferentes etapas de su desarrollo, dependiendo de sus necesidades a nivel individual y colectivo (1). El personal que practica esta actividad se ve sometido a una serie de posturas que pueden condicionar lesiones en su aparato locomotor, por ello, se requiere que se realice prevención de dichas lesiones y es donde la ergonomía como disciplina científica estudia el trabajo humano, aportando principios básicos para la organización de las tareas, principios que, aplicados a la clínica odontológica, dan como resultado una racionalización de los procedimientos obligatorios, una simplificación de las rutinas en el consultorio y una significativa economía de tiempos (2).

Sin embargo, el personal continuará expuesto a diversos factores de riesgo, entendidos como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (3), por lo que es necesario mantener una vigilancia constante de estos aspectos.

Los odontólogos debido a su trabajo, son proclives a sufrir problemas en el aparato locomotor, situación que en ocasiones puede limitar su rendimiento laboral. Estos problemas pueden ocasionar desde una ligera sintomatología musculoesquelética, hasta la incapacidad del profesional (en casos severos), poniendo en riesgo no sólo su salud, sino también mermando severamente el rendimiento profesional, con ello se afecta la institución donde labora, disminuyendo la calidad del servicio que ofrece (4).

Por tanto, la práctica de la odontología es una de las profesiones que presenta mayor riesgo de de-

sarrollar Trastornos Musculoesqueléticos (TME) relacionados con el trabajo debido a la adopción de posturas, que pueden ser inadecuadas, durante la actividad clínica odontológica y movimientos altamente repetitivos que demandan algún componente de fuerza y factores físicos o psicosociales asociados (5).

Dentro de las principales lesiones reportadas en odontólogos se han encontrado tendinitis (27,5%), pericapsulitis de hombro (27,5%), síndrome del túnel del carpio (27,5%) y síndrome cervical por tensión (60,8%). Las causas de estas lesiones derivan de la exposición de los odontólogos a los factores de riesgo, las más significativas son posturas forzadas, movimientos repetitivos, la misma posición por un descanso y el mal diseño del puesto de trabajo (6).

Por otro lado, se ha develado una prevalencia de signos y síntomas de trastornos de la mano del 33,0% que pueden estar directamente relacionados con el ejercicio de la profesión odontológica cuyo predominio fue en mano derecha (92,2%), destacándose síntomas de adormecimiento de la mano (26,2%), adormecimiento de un dedo (25,24%) y el signo más prevalente fue dolor articular (12,62%) (7).

Estudios han informado que el 66,3% de los odontólogos se encuentra en un rango de edad entre los 20 a 39 años y en su mayoría mujeres (61,4%). En relación a las horas que labora el grupo en estudio, el 53% lo realiza en un periodo de 8 o más horas, en cuanto a la antigüedad laboral, el 54% es menor a 9 años. Además, se ha comprobado que el 60% realiza su trabajo en una silla y unidad de trabajo ergonómicamente inadecuada. En conclusión, el 89% adquiere una postura incorrecta al realizar su práctica profesional, lo cual se refleja en dolor lumbar moderado en el 69% de los odontólogos, observándose que la edad es un factor que influye significativamente en su presencia (8).

En relación a las condiciones de trabajo dadas por la utilización prolongada de equipos e instrumental odontológico en estudiantes de postgrado y en docentes, en Colombia se observó mayor sintomatología en cuello (62%) seguida de hombros (47%). La especialidad de endodoncia es la que presentó mayor sintomatología en la extremidad superior, y la zona anatómica más destacada la mano (83,3 %). Las mujeres presentan mayor sintomatología en cuello (74,1 %), mientras que los hombres presentan mayores molestias en hombros (62,5 %). Estos datos son similares a lo reportado por otra investigación, que encontró dolor en cuello de 83,8%, manos y muñecas (73%) y región lumbar en un 81% (9,10).

El presente proyecto surge por la necesidad de identificar los problemas musculoesqueléticos en personal de odontología, debido a que el bienestar del profesional de la salud ocupa cada día un lugar más importante en la vida moderna, es por ello que el mayor nivel de información que se obtenga a través de las investigaciones sobre los problemas de salud ocupacional, contribuirá de manera especial a la promoción y prevención de las enfermedades y garantizar una mejor calidad de vida para el profesional (11). Donde enfermería, por sus competencias, puede desarrollar una labor fundamental, tanto en la pesquisa, como en intervenciones que permitan mantener una mejor salud laboral.

Por tanto, el objetivo general fue identificar TME en Odontólogos de una clínica dental en Hermosillo, Sonora. Los objetivos específicos fueron determinar las características sociodemográficas y nivel riesgo de TME que padecen los odontólogos en el estudio.

› Material y método

Estudio cuantitativo, no experimental y transversal, observacional. Los datos fueron recolectados du-

rante el mes de abril del 2015. La unidad de análisis fueron odontólogos que se encontraban laborando en alguna de las nueve sucursales de una clínica dental privada de Hermosillo, Sonora, México.

La población objeto fueron 42 personas y la muestra estuvo constituida por 30 sujetos que aceptaron participar y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: a) presentar molestias en las regiones anatómicas de cuello, hombros, dorsal o lumbar, codos o antebrazos y muñecas o manos en los últimos 12 meses, b) estar laborando en el momento de la recolección de datos y c) aceptar participar firmando el consentimiento informado.

Se utilizó el Cuestionario Estandarizado Nórdico (12), validado en población mexicana, con Alfa de Cronbach de 0.83, que muestra un esquema del cuerpo humano, con el propósito de que el entrevistado señale en qué parte de su cuerpo ha tenido dolor, molestias o problemas (13). Y el método Rapid Entire Body Assessment (REBA) que facilita una valoración rápida y sistemática del riesgo postural del cuerpo entero del trabajador (14). Este método clasifica la puntuación final en 5 rangos que se corresponden con un nivel de acción. Cada nivel de acción determina un nivel de riesgo y recomienda una actuación sobre la postura evaluada, señalando en cada caso la urgencia de la intervención. Cuanto mayor sea el valor del resultado, mayor será el riesgo previsto de la postura adoptada, es decir, el valor 1 indica un riesgo inapreciable, de 2-3 bajo, 4-7 medio, 8-10 alto, mientras que el 15 que es la puntuación máxima, destaca que se trata de una postura de riesgo muy alto, sobre la que se debe actuar de inmediato (15).

Además, se registraron variables sociodemográficas, como edad, sexo, mano dominante, años de ejercicio profesional, actividad odontológica profesional predominante y si presenta alguna condición o enfermedad.

Las consideraciones éticas de esta investigación se apegaron a lo estipulado en la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (16,17).

Para el análisis de los datos se utilizó el software IBM SPSS versión 20 y el Ergo/IBV V14 en versiones para Windows 8.1.

› Resultados

Respecto a las características sociodemográficas, la media edad de los sujetos fue de 31,6 años (DE=6, 28 años), la media de años que llevan ejerciendo la odontología fue de 8,53 años (DE=6.08).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES.

		f	%
Sexo	Masculino	16	56,7
	Femenino	14	43,3
Mano dominante	Derecha	28	93,3
	Izquierda	1	3,3
	Ambas	1	3,3
Actividad Odontológica profesional predominante	Ortodoncia	12	40,0
	General	10	33,3
Condiciones médicas o Enfermedades	Ninguna	23	76,7
	Secuelas de trauma físico de gravedad	6	20,0
	Obesidad	1	3,3

Fuente: Datos Sociodemográficos

n=30

En la tabla 1 se muestra que el 56,7% de los participantes corresponde al sexo masculino, el 93,3% responde que la mano predominante es la derecha, la actividad odontológica predominante es la ortodoncia (40%) y en relación a la presencia

de enfermedad, el 76,7% no refiere ningún padecimiento o condición médica de importancia, mientras que 20% tiene secuelas de trauma físico de gravedad.

› Sintomatología músculo-esquelética

TABLA 2. FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA, IMPEDIMENTO PARA EL TRABAJO Y EL TRATAMIENTO RECIBIDO

Región anatómica	Síntomatología en los 12 meses precedentes		Síntomatología en los 7 días precedentes		Impedimento para el trabajo en los 12 meses precedentes		Tratamiento recibido en los 12 meses precedentes	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Cuello	21	70,0	13	43,3	2	6,7	10	33,3
Hombro	14	46,7	11	36,7	0	0,0	7	23,3
Dorsal o lumbar	19	63,3	13	43,3	1	3,3	8	26,7
Codo o antebrazo	3	10,0	2	6,7	0	0,0	1	3,3
Muñeca o mano	14	46,7	8	26,7	0	0,0	5	16,7

Fuente: Cuestionario Estandarizado Nórdico

n= 30

En la tabla 2, se puede observar la sintomatología músculo-esquelética presentada por los participantes, según región anatómica, donde la región más afectada en los últimos 12 meses corresponde al cuello (70%) y, el codo o antebrazo derecho son la región menos afectada (10%). En cuanto a la sintomatología en los últimos 7 días, se repiten las regiones con mayor y menor afección, siendo el cuello y zonas dorsal y lumbar las regiones con mayor sintomatología (43,3%) y el codo el sitio con menor sintomatología (6,7%).

Además, es importante señalar que debido a las molestias músculo-esqueléticas presentadas por los odontólogos, una cantidad importante debió cambiar su lugar de trabajo. Esta situación se produjo en el 23,3% de los que presentaron molestias a nivel de cuello, el 10% por molestias en hombro, un 26,7% por molestias en la región dorsal o lumbar, un 3,3% por molestias en codo o antebrazo y un 6,7% por molestias en muñeca y mano.

TABLA 3. DURACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA MUSCULO-ESQUELÉTICA SEGÚN REGIÓN ANATÓMICA.

Región anatómica	Periodo de duración de la sintomatología			Duración de sintomatología en los 12 meses precedentes			Duración de cada episodio		
	Duración	f	%	Duración	f	%	Duración	f	%
Cuello	1 Año	4	13,3	1 a 7 Días	9	30	1 a 24 h	6	20,0
				Siempre	6	20	1 a 7 Días	6	20,0
Hombro	1 Año	3	10	1 a 7 Días	5	16,7	1 a 24 h	4	13,3
	2 Años	3	10	8 a 30 Días	5	16,7	1 a 7 Días	4	13,3
Dorsal o lumbar	1 Año	4	13,3	1 a 7 Días	5	16,7	<1 h	6	20,0
				Siempre	7	23,3	1 a 24 h	6	20,0
Codo o antebrazo	2 Meses	1	3,3	>30 Días, no Seguidos	2	6,7	1 a 7 Días	1	3,3
	1 Año	1	3,3				1 a 4 Semanas	1	3,3
	2 Año	1	3,3				> 1 Mes	1	3,3
Muñeca o mano	1 Año	3	10,0	1 a 7 Días	6	20,0	1 a 7 Días	5	16,7

Fuente: Cuestionario Estandarizado Nórdico

n= 30

En la tabla 3, destaca que, en cuanto al periodo de duración de la sintomatología por región, el hombro muestra los tiempos más prolongados entre 1 y 2 años (20%) y el codo o antebrazo presenta simultáneamente los tiempos más extensos (2 años) y los más breves (2 meses) afectando al 9,9% de los odontólogos.

En cuanto a las molestias en los 12 meses precedentes, se encontró existen profesionales que “siempre” mantienen las molestias, esta situación afecta al 20% de los odontólogos que padecen molestias en el cuello y el 23,3% de los que presentan molestias a nivel dorsal o lumbar.

Respecto a la duración de los episodios de las molestias, se observó una mayor frecuencia en los períodos que iban entre de 1 a 24 horas, para las regiones de cuello, hombro, dorsal lumbar y, episodios de 1 a 7 días en las regiones de cuello, hombro, codo o antebrazo y muñeca o mano.

Además, en una escala de 0 (sin molestias) a 5 (molestias muy fuertes), la mayoría calificó su molestia en 2, de ellos un 20% refiere molestia en cuello, 16,7% hombro, 23,3 % muñeca o mano. Además, un 20% calificó su nivel de molestia en nivel 3, estas molestias correspondieron a la región dorsal o lumbar.

› Valoración del riesgo postural

TABLA 4. RIESGO POSTURAL DE LOS PARTICIPANTES

		f	%
Nivel de Acción	2	21	70,0
Puntuación REBA	4-7	21	70,0
Nivel de riesgo	Medio	21	70,0
Acción	Necesaria	21	70,0

Fuente: Evaluación mediante el Método REBA

n= 30

En Tabla 4, se muestran los resultados de la aplicación del método REBA, se puede observar que el nivel de acción es 2 en el 70% de los casos, con la puntuación REBA está entre 4 y 7 un 70%, esto quiere decir que los odontólogos encuestados muestran un nivel de riesgo medio (70%) y en la misma proporción la realización de una intervención o acción es necesaria.

› Discusión

El propósito de esta investigación fue determinar los riesgos de TME en Odontólogos de una clínica dental en Hermosillo, Sonora. En el análisis de las características sociodemográficas se encontró un rango de edad entre 24 a 58 años, con una media de 31,6 años, en cuanto al sexo, más de la mitad pertenece al sexo masculino y el tiempo que llevan ejerciendo es en promedio de 8,53 años. Estos aspectos coinciden con lo reportado por otros autores en cuanto a edad y difiere en cuanto a sexo y antigüedad donde se informa una cantidad de años mayor (18), probablemente, esto se debe a las políticas internas actuales de la clínica dental en Hermosillo Sonora, donde se busca emplear odontólogos jóvenes, lo que hace que su antigüedad también sea menor.

Se observó que, de las ocho actividades odontológicas existentes, la ortodoncia es la actividad

de mayor prevalencia (40%). Contrastando con los datos proporcionados por una investigación ecuatoriana en el año 2012, donde 36% realizan prioritariamente rehabilitación oral y operatoria y solo el 27% ortodoncia (4). Esta situación se articula, en parte, por el contexto de atención de las instituciones de salud gubernamentales, en donde los paquetes de atención poco atienden esta rama de la odontología y por ende, la población busca alternativas en diferentes espacios, como los privados, para tratar los problemas dento-bucles relacionados a ésta área.

En cuanto a la variable condiciones o enfermedades, la mayoría se encuentra en un adecuado estado de salud, sin embargo, existen odontólogos que tienen secuelas de trauma físico de gravedad. Aspecto similar a otros estudios donde los padecimientos de artritis reumatoide, obesidad, secuela de trauma físico de gravedad y enfermedad neoplásica fueron escasamente reportadas (4).

Al evaluar la sintomatología de cada zona anatómica, cuando se realiza la práctica odontológica, se observó un predominio de sintomatología en cuello, seguido de región en dorsal o lumbar, casi la mitad expreso molestias de hombros con mayor molestia en lado derecho. También, menos de la mitad manifiesta tener molestias en manos o

muñecas, con mayor frecuencia en lado derecho. En codos, el resultado fue escaso, ya que la mayoría generalmente señala no tener ninguna molestia. Comparado con los resultados de un estudio efectuado en Colombia en el 2014 (9), se observó que existe coincidencia en la sintomatología de cuello y hombros con mayor predominio en lado derecho, de la misma forma en codos fue donde menos se presentaron molestias (79% no refirió la presencia de dolor en esta zona).

En cuanto a los periodos de permanencia de las molestias por región anatómica, los resultados variaron entre 2 años en hombro y codo o antebrazo, hasta 2 meses en codo o antebrazo. Contraponiéndose con los resultados de una investigación venezolana en 2014, que señaló una prevalencia de molestias osteomusculares en odontólogos, del 100% durante los últimos 6 meses (18). Siendo el cuello y zona dorsal o lumbar donde las molestias se presentaban hace un año, solamente estos datos coinciden con los de mano o muñeca encontrados en esta investigación.

Como demuestran los datos procedentes, menos del 30% de los profesionales necesitó cambiar su puesto de trabajo a causa de molestias en zona dorsal o lumbar y en cuello. Según los resultados obtenidos por una investigación colombiana en el 2012, donde se analizó la posición de trabajo durante la práctica clínica de los estudiantes de odontología, se observó deficiente en un 43,1%, lo cual indica un cambio urgente en el puesto de trabajo. Mientras que en el 34,8% se requiere un cambio rápido de postura (19). La comparación entre estudiante y profesionales es notoria, debido a que los estudiantes necesitaron cambiar de puesto en porcentaje mucho más alto.

Respecto a las molestias en los últimos 12 meses precedentes, prevalece la duración de 1 a 7 días en cuello y en hombro, además, la quinta parte de los

encuestados siempre sufre molestias en dorsal o lumbar. Si comparamos con los datos obtenidos por otra investigación mexicana realizada en el 2009, el 90% reporta dolor en espalda baja por más de un mes y el 80% en alguna ocasión tuvo ese dolor, el 100% tuvo dolor en cuello y hombros en el último año, el 70% tuvo reducción de su actividad por dolor de cuello y el 80% por dolor de hombro (20), observándose diferencias porcentuales importantes, tanto en la zona anatómica como en la duración de la molestia en 12 meses precedentes.

En cuanto a la duración de los episodios, se mostró que cuello y hombro mostraban una persistencia de 1 hora hasta los 7 días cada uno y en zona dorsal o lumbar el tiempo fue menor a una hora. Cotejando esto con lo mostrado en el estudio hecho en Venezuela en 2014, los padecimientos más frecuentes en los odontólogos por duración de siete días, fueron en las zonas: del cuello 58 %, parte superior espalda 51,8 %, hombros 44,4 % y en parte baja espalda 43,2 % (21). Por lo tanto, es posible señalar que hubo relación, en las zonas corporales mencionadas, pero en este estudio los porcentajes observados en el periodo de 1-7 días en las regiones dorsal o lumbar, son menores.

El tiempo que las molestias, han impedido que los odontólogos puedan hacer su trabajo en el último año es reducido, ya que un bajo porcentaje ha estado incapacitado para laborar por molestias de cuello, dorsal o lumbar; en las demás zonas no se presentaron molestias que les impidieran trabajar. Los aspectos señalados concuerdan con los resultados de una tesis de investigación realizada con estudiantes de odontología de Colombia en 2012, donde el 18,8% indicó que no representaba ningún obstáculo para su práctica clínica, el 63,8% indicó que puede hacer su trabajo, pero le causa algunos síntomas y ninguno de los participantes indicó estar incapacitado para realizar su trabajo a causa del

dolor o molestia relacionado a la práctica clínica (22). Probablemente, las incapacidades mostradas por los odontólogos de este estudio, se deba a que el tiempo dedicado a su actividad práctica es mayor que el realizado por los estudiantes, quienes pasan menos tiempo en sus actividades odontológicas.

El tratamiento recibido en los últimos 12 meses, fue a causa de molestias en cuello principalmente, seguido por la zona dorsal o lumbar y hombro. En la investigación venezolana del 2014, se observó que el 66% ha recibido tratamiento en los últimos 3 meses (18). Apreciando divergencias con lo encontrado en esta investigación, donde existió mayor necesidad de tratamiento en un periodo más corto de tiempo.

Las molestias en los últimos 7 días revelan que en cuello y región dorsal o lumbar son las zonas anatómicas donde más se han presentado molestias en la última semana. En los resultados de investigadores mexicanos en el 2009, el 80% de las mujeres presentó dolor en la parte superior de la espalda durante los últimos 7 días, en contraste con el 40% de los hombres (20), estos resultados se aproximan bastante a lo presentado en los odontólogos de Hermosillo.

Las molestias atribuidas a la posición, tienen un papel relevante en la mayoría de las partes anatómicas, siendo predominante en cuello y en dorsal o lumbar. Según los resultados pertenecientes a la investigación colombiana de 2012, encontraron que algunas prácticas y posturas inadecuadas relacionadas con la práctica clínica odontológica se encuentran directamente relacionadas con las alteraciones osteomusculares de los participantes (19). Lo que es concordante con lo mostrado por esta investigación donde la posición y la carga laboral en ocasiones excesiva, tienen un papel importante en las molestias reportadas.

Al evaluar los resultados provenientes del método REBA, la mayoría los odontólogos obtuvo una puntuación de 4 a 7, lo que muestra un nivel de riesgo medio y requieren una acción o intervención necesaria. Aspecto que contrasta con lo reportado por un estudio argentino del 2015, donde se realizó una investigación en estudiantes de odontología, aquí el 53% presentó un nivel de riesgo máximo, requiriendo de una actuación inmediata, para modificar posturas incorrectas, el 42% presentó un nivel de riesgo alto por lo que requerían una pronta intervención y solo el 5% se encontró en un nivel de riesgo medio pero igual precisa de una intervención correctiva (5). Al confrontar ambas investigaciones los estudiantes presentaron niveles de riesgo máximo, y los profesionales mostraron un nivel medio, esto podría deberse a la experiencia profesional y conocimientos aplicados en su trabajo.

Con todo lo anterior es posible concluir que las principales molestias reportadas por odontólogos de este estudio fueron en cuello, región dorsal y lumbar. El riesgo de TME mediante el método REBA es medio, el cual amerita una acción necesaria. Por lo tanto, es necesaria un área ergonómicamente correcta para desarrollar su actividad con las mínimas repercusiones de salud a largo plazo.

Como sugerencias, se pueden señalar que, en cuanto las instalaciones, se observó que no en todos los consultorios poseen el espacio suficiente para movimiento de esfera de reloj, necesario en el trabajo del odontólogo, esto posibilita los cambios de posturas durante su jornada laboral, por otra parte, no todos emplean sillas adecuadas. Los siguientes aspectos deben ser considerados en el diseño ergonómico del puesto de trabajo en una clínica odontológica: silla, altura, ángulos de confort, espacios disponibles, superficies de apoyo, distancias y ángulos visuales, zona de alcance óptimo, dimensiones del puesto de trabajo (23).

A los odontólogos se les sugiere, realizar acciones destinadas a mejorar su postura durante su actividad odontológica. Por ejemplo, evitar la inclinación de la cabeza, encoger los hombros y trabajar inclinado, ya que producen tensión muscular. No hacer giros o movimientos laterales, ya que hacen que la columna vertebral esté forzada, por lo que se recomienda trabajar con la espalda lo más recta posible. Y durante el descanso es preferible cambiar de postura y alejarse del puesto de trabajo (24,25). Aspectos que podrían incorporarse en una capacitación donde participe un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Beltrán M. De lo oral a lo bucal en la odontología. Revista Colombiana de Investigación en Odontología. [Internet]. 2011 [Citado el 19 ene 2016]; 2(5). Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/58/140>.
2. Barrancos J, Barrancos P. Operatoria dental: integración clínica. 4ta ed. Buenos Aires. Argentina: Médica Panamericana; 2006.
3. Organización Mundial de la salud (OMS). Factores de riesgo [Internet]. OMS; 2015 [Citado el 15 abr 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
4. Mieles P. Ergonomía dental y su incidencia en las complicaciones musculoesqueléticas en odontólogos de la ciudad de Portoviejo. [Tesis]. Ecuador: Universidad de San Gregorio de Portoviejo, 2012.
5. Jacome NC, Gigena PC. Estrategia de intervención para disminuir el riesgo postural en estudiantes de odontología durante la atención clínica. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Huellas: revista de vinculación con la comunidad de la Facultad de Odontología. [Internet]. 2014 [Citado el 19 ene 2016]; 2(4). Disponible en: [https://](https://revistas.unc.edu.ar/index.php/HUELLAS/article/view/77603/8571)
6. Guerra R. Las lesiones músculo esqueléticas en el área ocupacional de la odontología. Caso: odontólogos docentes de la facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez. La pasión del saber. [Internet] 2011. [Citado el 23 mar 2015]; (3) Disponible en: http://www.ujap.edu.ve/pasion/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=99
7. Fortich N. Prevalencia de signos y síntomas de trastornos de la mano en profesionales odontólogos de la ciudad de Cartagena en el 2012. [Tesis de Maestría]. Colombia: Corporación Universitaria Rafael Núñez, 2012.
8. García E, Noriega K. Asociación entre dolor lumbar y postura de trabajo durante la práctica profesional del cirujano dentista en la ciudad de Toluca. [Tesis de Pregrado] México: Universidad Autónoma del Estado de México, 2013.
9. Sánchez K, Rodríguez M, Gutiérrez A, Trujillo L, Ramírez L, Mireya E. Condiciones de trabajo relacionados con desórdenes musculoesqueléticos de la extremidad superior en residentes de odontología, Universidad El Bosque Bogotá, D.C. (Colombia). Salud Uninorte. [Internet] 2014 [Citado el 23 mar 2015]; 30 (1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5814/4765>
10. Mora L. Caracterización de los factores de riesgo de desorden musculoesquelético asociados a las condiciones de la tarea. Caso: clínica odontológica adulto I. [Tesis de magíster]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2014.
11. Briones A. Posturas odontológicas ergonómicas y dolor muscular, durante las prácticas clínicas del estudiante del 5to año de la facultad de odontología periodo 2013. [Internet] [Tesis de Pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2014.
12. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Protocolos de vigilancia para trabajado-

res expuestos a factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores relacionados con el trabajo. [Internet]. Santiago de Chile; 2012 [Citado el 13 mar 2015]: Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dbd6275dd-3c8a29de040010164011886.pdf>.

13. Montoya M, Palucci M, Cruz M, Taubert de Freitas F. Lesiones osteomusculares en trabajadores de un hospital mexicano y la ocurrencia del ausentismo. *Cienc enferm.* 2010; XVI(2): 35-46.

14. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). NTP 601: Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural. Método REBA (Rapid Entire Body Assessment). España; 2001. [Citado el 18 abr 2015]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_601.pdf

15. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Análisis de posturas forzadas [Internet]. España; 2015. [Citado el 18 de Abr 2015]. Disponible en: <http://calculadores.insht.es:86/An%C3%A1lisisdeposturasforzadas/Introducci%C3%B3n.aspx>

16. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2013 [Citado el 13 de Abr del 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

17. Secretaria de Salud de México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet] 2012 [Citado el 14 abr 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

18. Ancheta E. Caracterización de los trastornos musculo esqueléticos en profesionales de odontología, municipio de Girardot, Estado Aragua. [Proyecto de especialidad] Venezuela: Univer-

sidad de Carabobo, 2014.

19. Fals J, González F, Orozco J, Correal S, Perne C. Alteraciones osteomusculares asociadas a factores físicos y ambientales en estudiantes de odontología. *Rev bras epidemiol.* 2012; 15(4): 884-95.

20. Chávez R, Preciado M, Colunga C, Mendoza P, Aranda C. Trastornos Músculo-esqueléticos en Odontólogos de una Institución Pública de Guadalajara, México. *Cienc Trab. (jul-sep)* 2009; 11 (31): 152-5.

21. Angarita, A, Castañeda A, Villegas E, Soto M. Revisión sistemática sobre enfermedades laborales en odontología. *Act Biocl.* [Internet] 2014. [Citado el 23 de Abr 2015]; Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4962>.

22. Ocampo N. Riesgo Ergonómico en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Antioquia, Colombia. [Tesis de Maestría]. Colombia: Universidad Pompeu Fabra, 2012.

23. Islam E. Relación de las técnicas ergonómicas con la práctica clínica de la Facultad de Odontología. Diseño de protocolo ergonómico. [Tesis de Pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2014.

24. García E, Noriega K. Asociación entre dolor lumbar y postura de trabajo durante la práctica profesional del cirujano dentista en la ciudad de Toluca. [Tesis] México: Universidad Autónoma del Estado de México, 2013.

25. Comisiones Obreras de Castilla y Nueva León, Secretaria de Salud Laboral de castilla y Nueva León. Manual de trastornos musculoesqueléticos.; 2008 [Citado el 3 may 2015]. Disponible en: http://www.castillayleon.coo.es/comunes/recursos/6/doc11488_Manual_de_Trastornos_Musculoesqueleticos_%282_edicion._2010%29.pdf.

Desigualdades en el ejercicio del cuidado a través del enfoque de género

Autores:

Paula Andrea Ceballos-Vásquez. Enfermera. Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile. E-mail: pceballos@ucm.cl

Viviane Jofré-Aravena. Enfermera. Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: vjofre@udec.cl

Sara Mendoza-Parra. Enfermera. Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: smendoza@udec.cl

› Resumen

Este artículo surge con el propósito de reflexionar sobre las diferencias de género presentes en la sociedad, las cuales permean al cuidado. Para ello, se describe el cuidado a lo largo de la historia, luego se desarrolla en forma extensa la temática de sistemas de cuidados, subdividida en cuidados informales y cuidados formales. Se realiza un análisis de las desigualdades de género presentes en ambos sistemas y las implicaciones de ellas para las mujeres y enfermería. Se exponen algunas propuestas para romper con los estereotipos imperantes, incorporar al hombre al cuidado informal y que Enfermería modifique su visión paradigmática. Se concluye que existe desigualdad de género en el sistema de cuidado informal y formal, que es la mujer quien asume el rol de cuidar producto de los estereotipos sociales. Este aspecto afecta a Enfermería porque parte de las desigualdades existentes en su quehacer, derivan de la visión cultural o social hacia el cuidado.

› **Palabras claves:** Género y salud; cuidado; enfermería. (DeCS)

Inequalities in exercise of care from a gender focus

› **Abstract**

This article was created in order to debate about gender differences in society, which permeate healthcare. First, health care is described throughout history; then, healthcare systems are analyzed extensively. Furthermore, the thematic was subdivided into informal and formal care. Subsequently, an analysis about gender inequalities present in both systems and their implications for women and nursing is done. To break with the prevailing stereotypes, incorporate men to informal care and nursing modifying its paradigmatic vision, are some of the proposals exposed. It is concluded that there is gender inequality in the system of informal and formal care; women are who assume the role of caring due to social stereotypes. This aspect affects Nursing, because part of the prevailing inequalities in their work, derive from a cultural or social vision towards its paradigmatic element, healthcare.

› **Keywords:** *Gender and health; care; nursing. (DeCS)*

› Introducción

Desde los orígenes de la humanidad los cuidados han sido vividos y ejercidos por mujeres. Su práctica fue un pilar de supervivencia para las tribus, luego, en el ámbito doméstico, fueron asociados a sentimientos de vocación, altruismo y servicio. Posteriormente, por conflictos bélicos, sirvientas sin preparación y religiosas cuidaban a los heridos, pero esa práctica de cuidados siempre fue infravalorada porque era ejercida por mujeres con poco conocimiento (1). Con el inicio de cambios sociales y políticos en el siglo XIX, aun cuando estos cuidados fueron entregados por personas preparadas, heredaron aquellos estereotipos históricos.

En la actualidad, *cuidar* es una representación social, y el resultado de una construcción propia de cada situación para promover, proteger y preservar la humanidad (2). Esta representación ha sido entregada a la mujer en lo privado, y la estructura social y familiar les ha otorgado a ellas el rol de *cuidadoras*, en algunos casos, como alternativa de sobrevivencia personal, familiar y social, y en otros, como desarrollo profesional (3).

Según lo expuesto, las desigualdades también están presentes en el ejercicio del cuidado y para Enfermería, disciplina instalada en el ámbito del cuidado formal, que también cuida a las mujeres que lo ejercen informalmente, por lo que resulta imprescindible reflexionar sobre las diferencias de género que permean este ejercicio, observar cómo se manifiestan estas desigualdades y proponer acciones en los ámbitos de su desempeño para neutralizarlas.

› Breve reseña del cuidado a través del tiempo

Se presenta un recorrido del ejercicio del cuidado, a través del tiempo, con la finalidad de contextualizar su desarrollo (4-7):

Durante la prehistoria, el protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres, desempeñándose en prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, sin embargo, el papel del sanador se le adjudicaba al hombre.

En las sociedades arcaicas superiores, como babilónicas, hebreos, egipcios, orientales e indígenas del nuevo mundo, la enfermedad se enfrentaba como un castigo de los dioses y dependía del tipo de cultura quién se desempeñaba como responsable del cuidado. Para los egipcios, la mujer tenía poder en todo ámbito, en cambio, en el continente americano, la mujer solo ejercía el cuidado en el ámbito doméstico.

En el mundo clásico, destacan romanos y griegos. En Grecia, el cuidado era realizado por diferentes personas, el médico técnico poseía un vasto conocimiento en el cuidado de la salud. Las parteras brindaban cuidados obstétricos y el cuidado del hogar recaía en la mujer. En este período se sientan las bases del patriarcado como forma de organización social en función de la división del trabajo, los roles y el poder. Existen argumentos históricos que evidencian que antiguas civilizaciones eran lideradas por mujeres, quienes eran seguidas por el poder que les daba su capacidad de reproducción, llamado *Ginecocracia* o sistema de derecho materno (8). Por otra parte, en Roma la enfermedad era originada por fuerzas sobrenaturales y los cuidados eran dispuestos por el *pater familiae*, quien fue la figura central al interior del esquema familiar romano (9). Las mujeres romanas eran independientes y tenían actividades fuera del hogar, aunque su papel principal seguía siendo el cuidado familiar y la atención del parto.

En el siglo II emerge el cristianismo, los cuidados fueron considerados un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario. Las cuidadoras eran dóciles, pasivas y humildes, sumado a una obe-

diencia incontestable a las decisiones de sacerdotes o médicos.

Posteriormente, en la Edad Media los problemas de salud surgieron por movimientos migratorios, saneamiento deficiente y aparecen plagas por vectores y lepra. Muchos hombres se hicieron cargo del cuidado con el fin de atender a los soldados. Dentro de las organizaciones dedicadas al cuidado destacan órdenes militares, religiosas y seglares.

Luego, emerge el mundo moderno y nace el protestantismo luterano. Las mujeres protestantes creían que el medio de salvación era la fe, por lo que abandonaron el cuidado, trasladándolo a conventos. Así, el cuidado fue voluntario y pasó a manos de seglares de bajo estrato social, prostitutas o carcelarias, quienes cuidaban para asegurar su hospedaje.

En el siglo XIX, con la Revolución Industrial, se generan migraciones desde el campo a la ciudad y surgieron nuevos desafíos para las personas que se dedicaban al cuidado. Es en este siglo cuando emerge enfermería como profesión, de la mano de Nightingale, a quien se le reconoce por ser una pionera, la fundadora de la enfermería moderna y una gran estadística (5), aspectos admirables, sobre todo en los tiempos en los cuales ella se desempeñó. Sin embargo, es importante reconocer que además de estos aspectos positivos, en su legado se observa la subordinación hacia el saber médico, la jerarquización entre enfermeras, la división sexual del trabajo desde un orden patriarcal, en donde la mujer quedaba relegada al ámbito doméstico, excluida de la vida pública y del poder político (10). La enfermería se realizaba desde la vocación, desde la entrega y postergación. Sumado a la herencia de la fundadora, la Enfermería moderna se desarrolló en un contexto social en que la mujer solo tenía como rol la crianza y los deberes de la casa (11).

Finalmente, en el Siglo XX, aparece la medicalización de la salud, todo gira en torno al médico y la atención se centra en lo patológico. En este contexto, Enfermería fue dirigida y ordenada por médicos, se fundaron institutos donde se enseñaba enfermería en un período de formación de tres años y los docentes eran generalmente médicos, quienes educaban para una atención biomédica alejada del cuidado.

› El cuidado: ¿una responsabilidad sólo de la mujer?

Después de visualizar brevemente el cuidado a través del tiempo, se sabe del aporte histórico que a través de los cuidados han realizado las mujeres a la sociedad. Por ejemplo, en lo económico, al contribuir en el espacio familiar o institucional a la recuperación de las fuerzas de trabajo para la sociedad, muchas veces ejerciendo una doble o triple carga laboral y descuidando, en muchas ocasiones, el propio cuidado para brindar cuidados a otros/as (3). Y en lo sanitario, realizando cuidados en los hogares o instituciones como asilos o geriátricos, descongestionando así, la atención en los diversos servicios de salud.

La pregunta que surge entonces es: ¿por qué razón se ha otorgado sólo a las mujeres el rol social de cuidar? ¿se le otorga la responsabilidad de ejercerlo a la mujer, sólo por el estereotipo socialmente imperante? La sociedad le dio un carácter de “tradicional o tradición” al ejercicio de las acciones de cuidado, protagonizado por una mujer subordinada a lo privado, dependiente de otro, que generalmente es un hombre, con una gran necesidad afectiva, entre otros aspectos. La historia señala que la mujer estaba subordinada a lo doméstico, al cuidado de los hijos/as, de los enfermos y ancianos. Al parecer, esta subordinación se

refuerza e impone en el momento en que la iglesia adquirió poder sobre las decisiones de la sociedad y la familia, y las mujeres que participaban en ella debían ser piadosas, devotas, dedicadas al prójimo, donde el cuidado se realizaba por caridad y amor a Dios (5).

› Sistema de cuidados: la mujer en lo informal y enfermería en lo formal

Aunque desde la disciplina de enfermería existen teorías que aportan respecto a este sistema, como la Teoría de los Sistemas de Cuidados de Orem (12), para este escrito el sistema de cuidados se relaciona con el lugar en donde el cuidado se realiza, los/as responsables del mismo y las relaciones entre cuidadores y usuarios/as. Este sistema se subdivide en cuidado informal y cuidado formal.

› El cuidado informal y sus desigualdades

El cuidado informal, corresponde a los cuidados proporcionados por la familia, amigos, vecinos u otros a personas ancianas, enfermas y dependientes, al interior del hogar, en un mundo priva-

do (13,14). En la actualidad, los servicios sociales y sanitarios participan en forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas en el hogar, por lo que la familia, y específicamente la mujer, constituye la principal prestadora de cuidados informales (15). Por ejercer cuidados informales, generalmente no se recibe remuneración económica y siempre existe una relación afectiva definida por el proveedor y la persona receptora de cuidados (16). Sumado a lo anterior, en la mayoría de los casos la preparación del cuidador informal, para ejercer el cuidado, es precaria. De esta forma, el perfil del cuidador/a corresponde a mujeres sin empleo, de bajo nivel educacional, responsables de las tareas domésticas, de clase social baja, que cuida a un familiar directo y que convive con la persona que cuida (15,17).

Estudios evidencian que es la mujer quien realiza los cuidados informales (ver tabla 1) y aunque no se desconoce la realización del cuidado por parte de los hombres, la empírea muestra que el cuidado informal es realizado mayoritariamente por las mujeres (17-19). Incluso pudiera ser que cuando el hombre es el cuidador principal, en algún momento, será ayudado por una mujer cercana: abuela, hermana, sobrina, vecina, etc.

TABLA 1. COMPARACIÓN DE ESTUDIOS EN RELACIÓN AL GÉNERO DEL CUIDADOR/A INFORMAL

México, 2015	España, 2009	Chile, 2012	Costa Rica, 2010
Cuidadores de adultos mayores Estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal n =52, p < 0.05	Cuidadores de adultos mayores Estudio cuantitativo, de corte trasversal. n =128, p <0.05	Cuidadores de usuarios postrados. Estudio cuantitativo, transversal, correlacional y predictivo, n =67, p < 0.05	Cuidados a pacientes psiquiátricos Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. n=37, p (no explicita)
Mujeres cuidadoras: 81 % Hombres cuidadores: 19%	Mujeres cuidadoras: 91% Hombres cuidadores: 9%	Mujeres cuidadoras: 91% Hombres cuidadores: 9%	Mujeres cuidadoras: 89 % Hombres cuidadores: 11 %

Fuente: Elaboración propia (18,20-22)

La pregunta que emerge luego de esta evidencia es ¿existe desigualdad de género en el cuidado informal? Al parecer, la respuesta es que sí, ya que las cuidadoras informales vivencian una serie de situaciones, tanto en lo personal como en lo social, donde se visualizan desigualdades. En relación a lo personal, las mujeres hacen un trabajo muy complejo que produce en ellas aspectos positivos y negativos, mezclados con aspectos estereotipados que les generan conflictos (23). Específicamente, el desarrollo de su quehacer produce sobrecarga mental y física, lo que impacta en su calidad de vida, convirtiéndose este trabajo en un factor de riesgo para la propia salud de la cuidadora (14,24). Depresión, ansiedad, estrés, son algunas de las complicaciones mentales generadas por la doble o triple jornada de trabajo que ellas asumen, sean estas remuneradas o no (21,24,25). En el espacio doméstico esto no les ocurre a los hombres, ya que ellos cumplen con su labor fuera del hogar y en su casa son atendidos por mujeres. Esto hace visible una gran inequidad en relación a la división sexual del trabajo en el hogar, aspecto que también impacta en la salud de estas mujeres (26), con el agravante que muchas veces debe dejar su trabajo remunerado por asumir acciones de cuidado informal (27).

Respecto a las situaciones sociales, y sin desconocer los avances en salud respecto a las personas a quienes se debe cuidar (ej. postrados), especialmente en Atención Primaria de Salud (APS), el apoyo directo entregado a las cuidadoras es aún insuficiente. Aún faltan intervenciones efectivas que produzcan transformaciones educativas, culturales y laborales de la mujer (14). Relevar la importancia social de las acciones de cuidado realizadas al interior del hogar fortalecerá los resultados del cuidado entregado y potenciará el autoestima y bienestar de las cuidadoras.

Finalmente, la violencia, es otro aspecto de desigualdad que se presenta en este tipo de cuidados. Esta problemática pudiera generarse en ambos sentidos, es decir, desde la persona que cuida a la persona que es cuidada, y viceversa (23). Por una parte, el riesgo de maltrato hacia las personas a cuidar puede relacionarse con la personalidad del cuidador, la dependencia con la persona que cuida, el cansancio y, en algunos casos, con el abuso de alcohol y drogas (28). Por otra parte, las desigualdades se pudieran generar cuando la persona a cuidar, sea este hombre o mujer, ejerce poder y abusa de quien lo cuida. Lo expuesto produce sobrecarga mental en el cuidador/a generando un círculo vicioso y perjudicial que requiere atención e intervención.

En resumen, se observa que el cuidado informal en el hogar es una responsabilidad delegada a la mujer, cuestión que en sí misma ya es una desigualdad que impacta en su salud y sus relaciones, más aún, cuando su quehacer es socialmente relevante pero no es reconocido.

› El cuidado formal y sus desigualdades

Este tipo de cuidado también es llamado cuidado profesional y es el otorgado por una institución pública o privada, con y sin fines de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro sanitario (29). En este sistema, el acto de cuidar da cuenta del rol profesional de enfermeras/os y exige un profundo conocimiento de lo fisiológico, psicológico, social y espiritual de la persona (30).

Entre médicos/as y enfermeras/os se presenta una de las grandes inequidades que encontramos en el sistema de cuidados formal. Ambos profesionales,

se desempeñan en diferentes roles y su relación profesional históricamente ha respetado la misma asignación de roles de género que las prescritas socialmente para las relaciones entre hombres y mujeres (31,32), y por extensión supone que uno de ellos disfruta de los privilegios del reconocimiento social, de estatus económico y de poder. Del mismo modo que se espera que las mujeres colaboren y reproduzcan en el ámbito doméstico, en el trabajo de los hombres, las enfermeras deben ayudar a los médicos en el desarrollo de su importante misión de curar. Como disciplina esencialmente femenina, Enfermería se ha desarrollado en paralelo a una disciplina esencialmente masculina, la Medicina, y quienes la ejercían tuvieron la responsabilidad de la formación de las primeras enfermeras. De esta manera, existe un poderoso componente histórico instalado en el estatus de la educación de las enfermeras y que aún persiste toda vez que esta formación en muchos países es al alero de facultades de medicina, cuestión que para muchos permite al colectivo médico diseñar “ayudantes” a su medida (1,7,11). Así, aún se generan grandes inequidades entre los profesionales que formalmente curan y los que cuidan, subordinando el cuidado de las personas al poder del curar.

Mientras se mantenga en los recintos asistenciales el modelo biomédico será muy complejo eliminar esta desigualdad, ya que se mantendrá como el profesional más importante aquel que actúa centrado en la enfermedad. Aún falta mucho para que el trabajo colaborativo, en donde cada profesional aporta con sus saberes y todos/as son importantes, permita el pleno desarrollo del cuidado formal, en donde el usuario/a se visualiza como el centro y los cuidados pasan de ser invisibles a ser primordiales.

Otra desigualdad se presenta con los hombres que deciden ejercer Enfermería. Al ser esta una

profesión feminizada, los enfermeros deben dar explicaciones y son cuestionados por la sociedad respecto de sus características personales o íntimas, porque supuestamente un hombre no sustenta aquellos rasgos que se consideran femeninos, tales como la cordialidad, la generosidad y el servicio. Este hecho pone en tela de juicio social la masculinidad del enfermero y se tiene el prejuicio de que si se asume una profesión de mujeres, estos tienen que ser afeminados porque el estereotipo de la enfermera los persigue (33). Otro aspecto, que genera desigualdades para los enfermeros, es aquella *capacidad de cuidar*. Afirmaciones como “*el hombre cuida mal y la mujer lo hace bien*” implican imprimirle al cuidado una condición que naturalmente se le asigna a la mujer, aun cuando se sabe que las capacidades de cuidados son idénticas entre hombres y mujeres, y si hay diferencias en sus características, estas no competen ni es superior una forma de cuidar respecto de la otra. Los enfermeros destacan la independencia y la autonomía conseguida a partir de un mayor dominio y nivel de conocimientos y visualizan estos aspectos como constituyentes de una competencia profesional que influye en la calidad de la asistencia y reconocimiento. Por su parte, las enfermeras destacan la atención, vigilancia, seguridad y protección, sin obviar la competencia (34).

Otra desigualdad se presenta cuando el colectivo de enfermería observa que una enfermera o enfermero, habiendo alcanzado un alto cargo en la gestión asistencial, tiene un actuar que reproduce el sistema patriarcal biomédico. Se cree que estos puestos se reservan para aquellos que aceptan, aprueban y mantienen el statu quo de ese enfoque, convirtiéndose en gestores que representan una elite o un grupo marginado dentro de la misma enfermería y lejana para su propio colectivo (35).

► Propuestas para avanzar

En relación al cuidado como *“responsabilidad sólo de la mujer”*, se plantea que es de suma urgencia romper con estereotipos sociales desde la infancia. En la actualidad, incluso antes de nacer, la familia y la sociedad ya se encargan de iniciar la diferenciación en la crianza de niñas y niños en relación a los colores a utilizar, los juegos que deben seguir y las conductas a adoptar. Poco a poco se van introduciendo elementos de socialización subordinada que instalan a la niña en lo doméstico y al niño en lo público. Revertir esta situación implica que la formación en la escuela y en el hogar debe ser con apertura, respeto y equidad que le permita a los niños y niñas desarrollarse sin que se les imponga en la crianza y la formación estereotipos de género que supongan subordinación o desigualdad. Toda persona manifiesta simultáneamente aspectos de masculinidad y femineidad, y en cada ser humano tiene lugar una combinación específica (36) que debe manifestarse sin que esto implique que uno se deba subordinar o tener poder sobre el otro.

En relación al cuidado informal, es indispensable la incorporación del hombre al trabajo doméstico. Se requiere de la participación equitativa entre hombre/mujer en el espacio doméstico que impacte en aquella dinámica familiar que con igualdad y respeto socializa a hijas e hijos (14). La colaboración en la responsabilidad del cuidado del hogar disminuiría la sobrecarga, tanto física como psicológica, de la mujer y reduciría los riesgos para la salud de las cuidadoras. Los gobiernos deben generar estrategias para cubrir las demandas económicas, sanitarias y sociales que surgen de este tipo de cuidadores. Enfermería tiene un papel fundamental en este tipo de cuidados, educando a la familia para que desarrolle un cuidado sin

distinción de género e incentivar un cuidado participativo y de calidad. También puede pesquisar necesidades, visibilizar las desigualdades ante los equipos de salud y planificar intervenciones directas para revertirlas.

Es necesario desmitificar la Enfermería como práctica naturalmente femenina y subordinada al saber biomédico (11). Una alternativa válida es distanciarse del saber médico para poder visibilizar los elementos que hacen la diferencia entre ambas disciplinas. Enfermería debe tener claro que el cuidado corresponde a *“una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado”* (37). Se postula que solo de esta forma se hará visible la autonomía que brinda la formación y el ejercicio libre de los cuidados.

La formación profesional de Enfermería no está influyendo para revertir aquellas creencias estereotipadas que se mantienen en la sociedad cuando un hombre estudia enfermería, o cuando se decide que debe ser una mujer la que cuida en el hogar. Los actuales programas educativos de enfermería debieran incluir de forma transversal apartados relacionados con género, desigualdad y justicia social, entre otras (33). La ausencia de estos contenidos sólo permite que el cuidado, sea formal o no, esté representado por un género femenino subordinado. En este sentido, si la formación ha sido uno de los mecanismos para asegurar la subordinación del cuidado y por extensión de enfermería se puede transformar en el principal eje para la reflexión crítica, y así avanzar hacia la liberación (35).

› Consideraciones finales

El cuidado desde la antigüedad ha sido designado socialmente a la mujer. Dicha afirmación deriva de los estereotipos sociales imperantes, en donde la mujer se queda relegada a lo privado/doméstico y el hombre a lo público/productivo. La posibilidad de provocar un cambio está en manos de la sociedad. Reflexionar sobre la temática y lograr discusión es el primer paso para hacer visible y tangible la desigualdad en el ejercicio del cuidado.

Es prioritario que en la formación temprana se incorporen temas de igualdad de género, que aporten a un cambio de mentalidad generacional, esto permitirá avanzar hacia una sociedad que valora por igual las acciones y roles de ambos géneros.

Desconstruir todas las prácticas o tipos de cuidado y reflexionar respecto de las condiciones de las mujeres que lo practican, es el primer paso para evitar el androcentrismo y la visión patriarcal reinante en la sociedad.

El cuidado informal, para la sociedad, es una responsabilidad de la mujer, con efectos positivos y negativos en su salud, en su autonomía y en su desarrollo personal. Dichos aspectos deben ser valorados por el profesional de enfermería a la hora de realizar las intervenciones tanto educativas como de supervisión. Además, es relevante que los organismos gubernamentales reconozcan esta labor como un aporte de la mujer en lo económico, sanitario y social.

› Agradecimientos

Las autoras trabajaron en conjunto todas las etapas de producción del manuscrito, y agradecen al Centro del Cuidado, UC del Maule por la colaboración en la estructura de este documento.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez M, Martínez E, Tovar A, González H; Godoy C, García J. Deconstrucción de la profesión de enfermería. *Rev Rol Enf.* 2009; 32 (7): 504-10.
2. Reyes J, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc Enferm.* 2007; 13(1): 45- 57.
3. Romero N, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av Enferm.* 2008; 26(2): 59-70.
4. Hernández F, Gallego R, Alcaraz S, González J. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de cuidados.* 1997;1(2):21-35.
5. Martín-Caro C, Martínez-Martín M. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Editorial Harcourt. Madrid, España. 2001.
6. Gallego J. Discriminación de género en la profesión de enfermería. Documento máster oficial. Estudios interdisciplinarios de género. Universidad de Salamanca. Curso 2008 – 2009.
7. Mosqueda A, Paravic T, Suazo S. División sexual del trabajo y Enfermería. *Index Enferm.* 2013; 22(1): 70-4.
8. Bachofen J. El matriarcado. Una investigación sobre la ginecocracia en el mundo antiguo según su naturaleza religiosa y jurídica. Ediciones Akal: Madrid, España; 2008.
9. Amunategui C. El origen de los poderes del “Paterfamilias” I: El “Paterfamilias” y la “Patria potestas”. *Rev Estud hist-juríd.* 2006;(28): 37-143.

10. Carrasco C, Márquez M, Arenas J. Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de cuidados*. 2005; 9(18): 52-9.
11. Medina J. La profesión de enfermería: el paradigma de la crítica feminista de la dominación. En: *La Pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Editorial Laetes. 1999; pp. 115- 43.
12. Berbiglia V, Banfield B. Teoría de déficit de autocuidado. En: Raile M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 8va ed. Barcelona (España): 2015; pp. 232-48.
13. Jofré V, Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Cienc y Enferm*. 2005; 11(1): 37-49.
14. Vaqueiro S, Stieповich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2): 9-16.
15. García M, Mateo I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18 (supl 1): 132-9.
16. Jofré V. El cuidado informal como objeto de estudios. *Cienc Enferm*. 2011; 17(2): 7-8
17. García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18(supl 2): 83-92.
18. González A, Gálvez C. Características socio-demográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*. 2009; 20(1): 15-21.
19. Luengo C, Araneda G, López M. Factores del cuidador familiar que influye en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index Enferm*. 2010; 19(1): 14-8.
20. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm Univ*. 2015; 12(1):19-27.
21. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm*. 2012; 18(1): 29-41.
22. Britton H. Prevalencia de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico. [Tesis de Especialidad]. San José de Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 2010.
23. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm*. 2010; 19(1): 47-50.
24. Jofré V, Sanhueza O. Evaluación de sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc Enferm*. 2010; 17(2): 111-20.
25. Melo R, Rua M, Santos C. Necesidades del cuidador familiar en relación al cuidado de la persona dependiente: una revisión integradora de la literatura. *Referencia*. 2014; 4(2):143-51.
26. García M, Delgado A, Mateo I, Maroto G, Bolívar J. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía. En: *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*, 2008. pp.127-45. Disponible en: http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/INDESAN_1.pdf
27. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 2012; (1): 22-30.
28. Ortiz D. Experiencia de intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial*. 2007; 16(1): 93-105.
29. Boletín Oficial del Estado (BOE) N° 299. LEY 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de

dependencia, 15 de diciembre 2006. [Acceso 22 abr 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>.

30. Núñez V. La responsabilidad como principio en el cuidado de enfermería. *Actual Enferm.* 2010; 13(4): 6-8.

31. Fajardo M, Concha G. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm.* 2004; 13(46): 9-12.

32. Ramírez N, Alfonso M. Relaciones de poder entre hombres y mujeres: su influencia en el desarrollo de enfermería. *Enfermería en Costa Rica.* 2012; 33 (1): 26-31.

33. Burguete M, Martínez J, Martín G. Actitudes de género y estereotipos de enfermería. *Revista cultura de cuidados.* 2010; 14(28): 39-48.

34. Vía Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Meza M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: Influencia de la masculinidad y la femineidad en la percepción e los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva.* 2010; 21(3):104-12.

35. Medina J, Schubert V, Lenise M, Paz M. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(4): 609-17.

36. Chamizo C. La perspectiva de género en enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm.* 2004; 13(46): 40-4

37. Vásquez, E. Experiencia de integrar el concepto de cuidado en el currículo. En: *El arte y la ciencia del cuidado.* Bogotá, Colombia: Unibiblios. 2002, pp. 101-8.

Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería. Una propuesta teórica.

Autores:

Fabiola Arriagada Gallardo. Enfermera, Magíster en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile. E-mail: faarriagada@udec.cl

Patricia Jara Concha. Enfermera, Doctora en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile. E mail: pjara@udec.cl

› Resumen

La transición del estado de salud a enfermedad es un proceso complejo que afecta a una persona, quien responde positiva o negativamente frente a esta adversidad. La resiliencia hace que algunos respondan de una manera positiva, saliendo incluso fortalecidos de una difícil situación, actuando como potenciador de conductas que favorecen el restablecimiento de la salud o estabilización de enfermedades crónicas, convirtiéndose en un aliado en la práctica de enfermería. Este artículo tiene como objetivo presentar una propuesta teórica basada en la Teoría de rango medio de Afaf Meleis analizando transición y en la Teoría de la promoción de la salud de Nola Pender identificando factores protectores de resiliencia para intervenciones futuras.

› **Palabras claves:** Resiliencia psicológica; enfermería; promoción de la salud.

Resilience as a strategy for nursing practice. A theoretical proposal.

› **Abstract**

The transition from health to disease is a complex process that affects a person who responds positively or negatively to this adversity. Resilience makes some people respond in a positive way, furthermore, they are able to emerge stronger from a difficult situation, also they act as an enhancer of behaviors promoting health restoration or stabilization of chronic diseases. Finally they become an ally of nursing practice. The claim of this article is a theoretical proposal based on Afaf Meleis' midrange theory in order to analyze the process of transition; and Nola Pender's theory of health promotion, to identify protective factors of resilience for future interventions.

› **Keywords:** *Resilience, psychological; nursing; health promotion (DeCS).*

› Introducción

Durante el desarrollo de la vida profesional, los/as enfermeros/as se ven enfrentados a diversas situaciones, en donde la persona no solo ha perdido su condición de salud, sino que también se ve expuesta a distintos factores que desestabilizan su estado inicial, planteándose un escenario de transición. En este contexto, como variadas son las personas, variadas también son sus respuestas.

Resiliencia es una respuesta saludable frente a la adversidad que desarrollan las personas al sobreponerse a las condiciones difíciles, superarlas y salir fortalecidos de ellas o incluso transformados, considerándose una capacidad humana trascendental para enfrentar exitosamente los diversos desafíos que presenta la vida (1).

Indagar sobre cuáles son los factores que afectan el nivel de resiliencia de las personas entrega herramientas para comprender las respuestas que se presentan frente a un estado de inestabilidad en su salud, mejorando las estrategias de intervención sin apoyarse solo en las necesidades y la enfermedad, sino que también direccionando a un modelo de prevención y promoción, basado en las potencialidades, los recursos y la capacidad de sobreponerse a la adversidad que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor (2).

Detectar y debilitar los factores amenazantes de la resiliencia en el cuidador o en el familiar encargado de una persona enferma, permitirá en la práctica de enfermería obtener una mejor respuesta frente a la adversidad, haciéndolo participe en el proceso, mejorando la adherencia al tratamiento, disminuyendo los reingresos hospitalarios y las interconsultas innecesarias, por ende, salir fortalecido después de la crisis que ha provocado una enfermedad aguda.

Promover la resiliencia es un llamado a relacionarse con el usuario en su totalidad (3), en cada instancia de cuidado que proporciona la enfermera/o.

› Resiliencia

Resiliencia es un concepto relativamente nuevo que ha sido incluido como parte de los programas de promoción de la salud, aunque existe desde siempre en la humanidad. Este concepto fue incorporado desde la física y se utiliza en este campo para referirse a la capacidad que tienen los materiales para resistir choques imprevistos sin quebrarse, o a recobrar su forma original después de haber sido sometidos a golpes o altas presiones (4). En las ciencias sociales se introduce en los años setenta en un estudio a un grupo de personas desde el momento de su nacimiento hasta los cuarenta años, percibiéndose que algunos niños con factores de riesgo eran capaces de salir adelante y ser exitosos en la vida y constituir familias estables (5). Así se comienza a integrar el concepto de resiliencia no solo a un individuo, sino también a la familia y comunidad.

Existen variadas definiciones de resiliencia, entre ellos “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad, habiendo vivido experiencias de adversidad” (6), “cualidad de las personas para resistir y adaptarse a situaciones traumáticas y difíciles” y, también, se ha definido como la “capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas graves” (8). Si bien son múltiples las definiciones de resiliencia, la gran mayoría presenta tres componentes que son esenciales: la noción de amenaza o adversidad, adaptación positiva y el proceso que incluye factores individuales, cognitivos emocionales y culturales del individuo.

La resiliencia no es total, absoluta o lograda para siempre, si no que es un proceso que depende de la experiencia traumática vivida que puede superar los recursos del individuo y que varía según circunstancias, contexto, etapa de la vida y entorno cultural (9). Ser resiliente no significa una protección absoluta, tiene límites y no hay persona que sea invulnerable, por lo que juegan un papel importante los factores de riesgo y los factores de protección (10).

En el momento en que la persona se ve expuesta a una situación estresante, surge resiliencia de la interacción de los factores de riesgo y los factores de protección, los cuales se manifiestan en un determinado contexto biológico y sociocultural, evidenciando la capacidad de salir adelante y de obtener un beneficio para su vida a partir de aquella experiencia. Se debe reconocer que los factores protectores y de riesgo no son estáticos, sino que varían de una persona a otra, considerando elementos como género y edad, incluso según la etapa del ciclo vital y el medio en que está inserta.

Los factores de riesgo pueden ser biológicos como, por ejemplo, bajo peso al nacer, defectos congénitos, etc., y también socio-ambientales como la pobreza, baja escolaridad, entre otros. Hablar de factores de riesgo podría evidenciar un escenario negativo, pero es importante conocer estas condiciones para trabajar sobre ellas y evitar su efecto (11).

Por otro lado, los factores protectores son herramientas utilizables en contra de la adversidad que provienen del mismo individuo o de su medio, llamados también pilares de la resiliencia que se exponen a continuación (12):

Autoestima consistente: es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto sig-

nificativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

Introspección: es el arte de preguntarse a sí mismo y de darse una respuesta honesta.

Independencia: se define como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

Capacidad de relacionarse: es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas.

Iniciativa: el gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. La capacidad para planear e iniciar tareas con la confianza y esperanza de lograr los objetivos propuestos.

Humor: la capacidad de reír y encontrar lo cómico en la propia tragedia.

Creatividad: la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y del desorden.

Moralidad: entendida como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores.

Capacidad de pensamiento crítico: permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre.

Los pilares de la resiliencia expuestos son factores que debieran formar parte de un instrumento de valoración de los/as enfermeros/as en las distintas unidades y servicios donde se ejerce la práctica, con el fin de detectarlos para la obtención de respuestas resilientes, ya sea en condición de enfermedad o en la potencialización de conductas de promoción de la salud.

Junto con los pilares de resiliencia, se requiere de la relación dinámica de fuentes interactivas, como lo plantea Grotberg, que se visualizan en las expresiones verbales de las personas con características resilientes (13) y que dan como respuestas comportamientos saludables frente a eventos traumáticos. Estos son:

Relacionados con el apoyo que la persona puede percibir, “yo tengo”.

Relacionadas con las fortalezas intrasíquicas y condiciones internas de las personas “yo estoy” y “yo soy”.

Relacionadas con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas, “yo puedo”.

Los/as enfermeros/as deben estar capacitados desde su formación de pregrado para detectar estas fuentes interactivas y reconocer estas expresiones en las personas, utilizarlas como apoyo fundamental para incrementar respuestas saludables frente a la adversidad.

La resiliencia también ha sido estudiada en Chile por un investigador que plantea un Modelo ecológico interaccional, basado en lo planteado por Grotberg, desde donde surge un instrumento de medición del nivel de resiliencia SV-RES, compuesto por 12 factores que son: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad (4,14).

Estos doce factores de resiliencia son los aspectos donde los/as enfermeros/as pueden intervenir para incrementar la capacidad de salir adelante en la adversidad a personas y familiares que están dependientes de su cuidado, factores modificables con la gestión de enfermería dirigidos a construir y promocionar la resiliencia.

› Transición y resiliencia

La teoría de la Transición de Afaf Meleis, permite comprender el proceso que se presenta cuando se enfrentan episodios, ya sean situacionales o de transformación de salud a enfermedad (15). Ambos conceptos, resiliencia y transición, se relacionan estrechamente, ya que ambos plantean factores de riesgo o de inhibición y factores facilitadores o de protección que se entrelazan para el desarrollo del proceso de crisis que se evidencia. Un alto nivel de resiliencia sugiere que la persona posee ciertas condiciones que le permiten vivir un estado de transición en forma positiva, terminando fortalecida y con nuevas herramientas que podrá utilizar en situaciones de adversidad a futuro.

El/la enfermero/a debe lograr una comunicación con la persona y su familia que les permita reconocer el proceso de transición y los factores que influyen en su nivel de resiliencia, es decir, que mientras mayor sea el reconocimiento por parte de la persona/familia, mejor será la forma en que evoluciona el proceso de transición enfermedad hacia el equilibrio de su condición de salud.

La promoción de la resiliencia hace que el proceso de transición se desarrolle de una manera adecuada, entregando nuevas herramientas a la persona y a su entorno para enfrentar nuevas situaciones de crisis y desarrollar transiciones saludables.

› Promoción de la salud y resiliencia

Establecer una relación entre resiliencia y promoción de la salud, de acuerdo al modelo de Nola Pender, da importancia a los procesos cognitivos, al cambio de conducta y autocreencias, como la autoatribución, autoevaluación y autoeficacia (16).

Este modelo ilustra la variada naturaleza de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un nivel de salud óptimo y como las experiencias individuales afectan las acciones en salud. Así, una conducta previa en relación a salud, unida a factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, influyen directamente en cómo la persona percibe las barreras o beneficios, frente a acciones que conllevan a conductas de salud eficientes. La autoeficacia percibida, que es la capacidad de enfrentar las barreras que se interponen a una vida saludable y ejecutar una conducta promotora de salud, depende directamente de influencias interpersonales y situacionales previas vividas. Una conducta promotora de salud es el resultado de una acción de salud positiva, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (17).

Algunos de los principales supuestos de esta teoría, se orientan estimular que la persona se enfoque en expresar su propio potencial de la salud humana y valorar el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y, el intento de conseguir un equilibrio entre el cambio y la estabilidad (18).

Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta su complejidad biosicosocial, transformándolo con el paso del tiempo. El/la enfermero/a forma parte de este entorno, ejerciendo influencia en las personas a lo largo de su vida. Entre las afirmaciones teóricas de este modelo, destaca que la conducta previa, las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud (19). Cuando las emociones y el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción. Las familias y los cuidadores de salud son fuentes importantes de influencia que pueden hacer aumentar o dis-

minuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud (20).

En este modelo, se evidencia la importancia atribuida al entorno y a la familia del afectado, en lo que se refiere a conductas que estimulan y fomentan prácticas que fortalecen la salud y preparan el entorno propicio para la estabilización.

Para cualquier persona y su familia, la inestabilidad en su salud supone una carga emocional y es vital aliviar sus dudas y apoyarlos en el proceso de transición que se evidencia (21). Resiliencia es una respuesta que depende de la visión de cada persona, de elementos afectivos y cognitivos proactivos frente a los problemas y el camino que se recorre para lograr la acción en la transición vivida, finalizando con una respuesta que se asocia directamente a la obtención de un modelo de salud positivo. Es así que la resiliencia incrementa la capacidad del individuo de adquirir conductas de salud adecuadas, ya que se dispone a ver más allá de la transición que vive, logrando un producto final positivo y de crecimiento personal. El tener la capacidad de enfrentar la adversidad de una manera óptima, con alto nivel de resiliencia, permitirá evolucionar de la tristeza y el desconcierto hacia un escenario en donde la adversidad es un camino de crecimiento (22).

› Propuesta teórica

Conceptos como transición, promoción de la salud y resiliencia interactúan con la finalidad de obtener respuestas positivas frente a episodios de adversidad, lo cual puede ser potenciado a través de la práctica de enfermería.

El paso de la salud a la enfermedad es una adversidad que se presenta como proceso de transición que afecta a la persona y a su familia, los cuales responden de variadas formas dependiendo de

factores ambientales, personales, socioculturales en que han estado insertos y han adquirido como experiencias de vida, factores que pueden resultar protectores o de riesgo. Las respuestas de las personas pueden ser variadas y múltiples, enfrentando la adversidad como una propuesta al crecimiento personal, promotoras de salud, confluendo en la resolución de su problema de inestabilidad (23).

Las influencias situacionales del entorno pueden generar el aumento o la disminución del compromiso o de la participación en el proceso de transición y en la obtención de una conducta promotora de salud, por lo que la intervención de enfermería es vital para el desarrollo de una transición eficiente, aumentando el nivel de resiliencia, lo que se logra potenciando los doce factores del modelo ecológico interaccional. El/la enfermero/a debe reconocer estos factores e integrarlos en su valoración, planificando su intervención para el desarrollo de resiliencia en todas las personas que dependen de su cuidado.

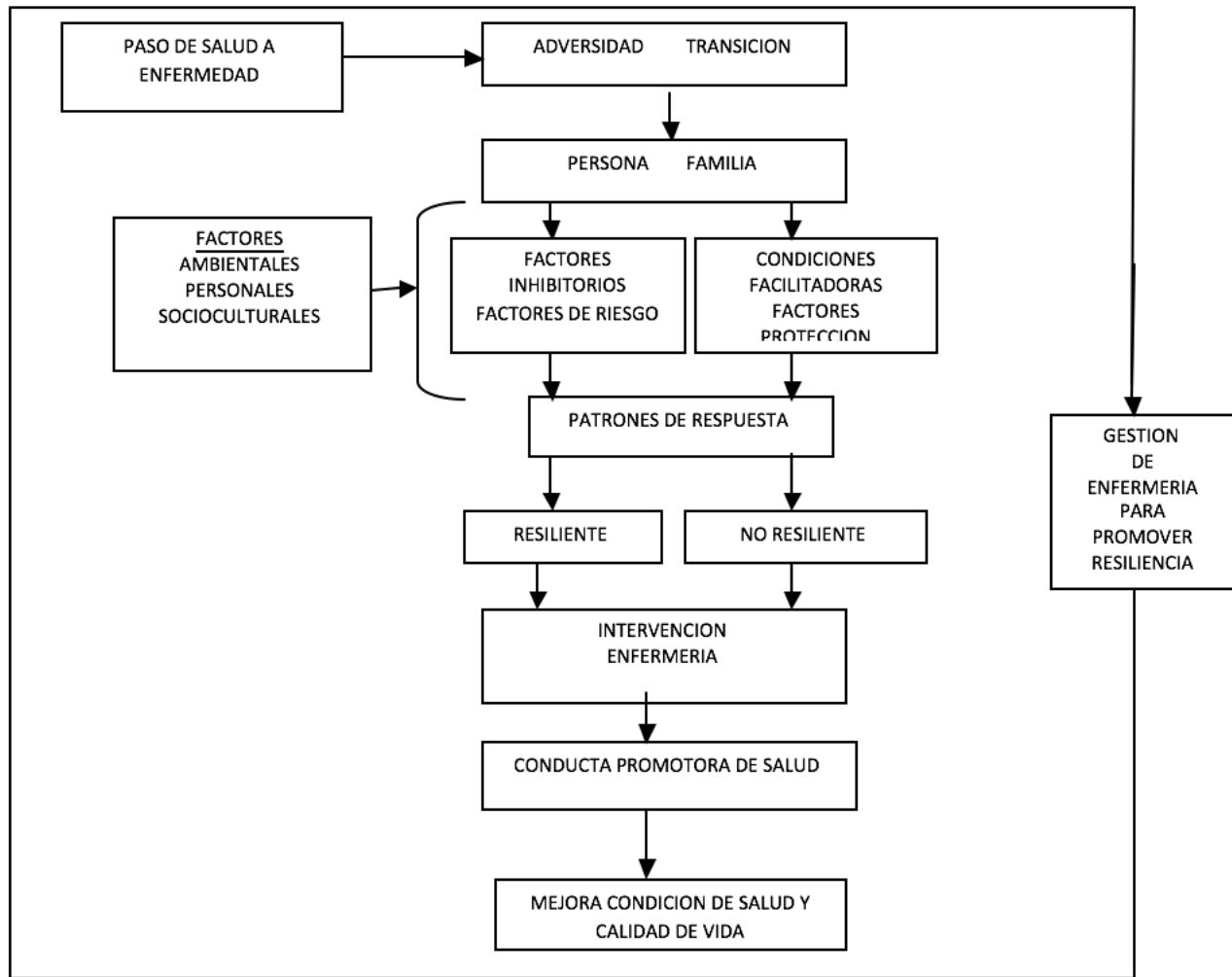
Los factores pertenecientes a la fuente interactiva del “yo soy”, “yo estoy”, son identidad, autonomía, satisfacción y pragmatismo, relacionados con fortalezas internas que se adquieren a lo largo de la vida. En ellos el/la enfermero/a puede desarrollar un plan de acción en la entrega de herramientas de solución de problemas, según el perfil de la persona o familiar que depende de su cuidado, ya sea en forma individual o grupal.

La segunda fuente interactiva, “yo tengo”, está conformado por los factores vínculos, redes, modelos y metas, relacionados con el apoyo que la persona puede percibir. El/la enfermero/a puede desarrollar una importante tarea en esta área, fortaleciendo los vínculos familiares, orientando sobre las redes de apoyo, contactándolos con personas que han vivido experiencias similares que actúan

como modelos en esta búsqueda de solución de problemas. Todo lo anterior se puede desarrollar a través de talleres o en forma individual, dependiendo de la condición de salud que se vivencia.

La tercera fuente interactiva, “yo puedo”, incluye los factores de afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad, los que se pueden potenciar entregando las herramientas para que la persona adquiera la capacidad de creer en sus fortalezas, saliendo adelante con los recursos que posee. Al entregar un ambiente cálido y de confianza, donde la persona y/o familiar sientan seguridad y logren establecer una comunicación adecuada en busca de la estabilidad emocional y de salud, puede estimular la generación de respuestas saludables.

Ahora bien, frente a las respuestas no resilientes, es posible plantear intervenciones de enfermería que logren modificar estos comportamientos, hasta lograr el camino a transiciones y respuestas saludables. En la figura N° 1 se muestra la propuesta teórica que fusiona aspectos de las teorías de Meleis y Pender con resiliencia, para facilitar la práctica de enfermería.

FIGURA 1. PROPUESTA TEÓRICA

Fuente: Resiliencia en familiares de personas hospitalizadas en una Unidad de Paciente Crítico y factores relacionados (Arriagada, 2014)

› Consideraciones finales

Detectar los factores amenazantes de resiliencia, ya sea en la persona y/o familiar, direcciona la intervención de enfermeros/as para obtener una mejor respuesta frente a la adversidad de las personas, transformándolos en partícipes de su cuidado, mejorando la adherencia al tratamiento, disminuyendo los reingresos hospitalarios y las interconsultas innecesarias, por ende, contribuyendo a respuestas positivas y saludables.

Promover la resiliencia es un llamado a involucrarse con el usuario en su completa dimensión, teniendo una visión global como ser biosicosocial, comprendiendo la realidad en que están insertos, al tiempo de utilizar estrategias de intervención para lograr transformar a la persona y/o familiar en un pilar fundamental en el proceso de estabilización del individuo frente a la adversidad.

Referencias bibliográficas

1. Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica (España)*. 2006; 11(3):125-46.
2. Ospina D, Jaramillo D, Uribe T. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres *Invest Educ Enferm*. 2005; 1(23):78-89
3. Cortés J. Resiliencia: Una mirada desde la Enfermería. *Cienc Enferm*. 2010; 16(3): 27-32.
4. Grau C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*. 2013; 1(1): 195-212.
5. Saavedra E, Castro A. Construcción y validación de una escala de Resiliencia para escolares. [Internet]. Universidad Católica del Maule. Chile 2010. http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/ponentes/pdf/chi_castroriosana.pdf
6. Zhong S. Resiliencia: Propuesta y desarrollo de la definición y del marco conceptual en relación a los desastres en el ámbito sanitario. *Emergencia (España)* 2014; 26(2):69-77.
7. Rodríguez MV. Familia Escuela. Resiliencia Familiar. Buenos Aires (Argentina): Editorial Dunken; 2009. 168 p.
8. Gómez E, Kotliarenco M. Resiliencia familiar, un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*. 2010; 19(2):103-32.
9. Ludgleydson F, Teva I, Bermúdez M. Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Ter psicol*. 2015; 33(3):257-76.
10. Andrade M, Pereira S. Resiliencia Familiar: Nuevas perspectivas en la promoción y prevención de salud. *Divers Perspect Psicol*. 2011;7(1):43-55.
11. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*. 2011; 9(17): 69-82.
12. Puig G, Rubio JL. Manual de Resiliencia aplicada. Barcelona (España): Editorial Gedisa. 2012. 287 p.
13. Saavedra E, Villalta M. Escala de Resiliencia SV_RES para jóvenes y adultos. 2da ed. Santiago de Chile: CEANIM. 2008. 105 p.
14. Saavedra E, Castro A, Inostroza A. Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequén*. 2012; 2(1):161-84.
15. Marriner A, Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. 6ta ed. España: Elsevier; 2007. 850 p.
16. Osorio G, Rosero M, Ladino A, Garcés C, Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia Promoc Salud*. 2010 (ene-jun); 15(1):128-43.
17. Trejo F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enf Neurol*. 2010; 9(1):39-44.
18. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm Univ*. 2011; 8(8):16-23.
19. Lara-Esquivel E, Torres Y, Moreno M. Actitudes y hábitos ante la prevención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 20(1):11-7.
20. Bravo, A. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e

investigativo. *Av Enferm.* 2016; 33(3):412-9.

21. Solé M, Chirveches E, Alsina A, Puigoriol E, Oriol M, Subirana M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enferm Clín.* 2015; 25(4):177185.

22. Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe.* 2013; 30(3): 590-619.

23. Ávila MM, Moral de la Rubia J. Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *Revista Internacional de Psicología.* 2016; 14(2):3-38.

Sustento ético del cuidar: de la filosofía a la disciplina.

Autor:

Paulina Gundelach González. Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería. Académica de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mail: paulina.gundelach@uv.cl

› Resumen

El propósito de esta reflexión es analizar la importancia de la ética en el cuidar desde una mirada filosófica y disciplinar. El cuidado como acto humano, que permite la conservación de la especie, el crecimiento, el desarrollo de las personas y la concreción de los proyectos de vida de cada uno, se considera un bien moral, ya que otorga un bien al individuo y a la sociedad y, por lo tanto, en él deben estar presentes valores y actitudes que lo garanticen. Enfermería ha definido el cuidado como su Ser, por lo tanto, el cuidado de calidad debe necesariamente estar sustentado en valores y actitudes que permitan proteger la vulnerabilidad del otro y potenciar su dignidad.

› **Palabras claves:** Enfermería; ética en enfermería; filosofía en enfermería (DeCS).

Ethical support of caring: from philosophy to discipline.

› Abstract

The purpose of this reflection is to analyze the importance of ethics in caring, from a philosophical and discipline perspective. Care as a human act, allows the conservation of the species, the growth and development of people and the realization of their life projects, is considered moral, as it gives to the individual and society a value and therefore it must be present values and attitudes that will ensure the good care. Nursing has been defined care as its being, therefore quality care must necessarily be based on values and attitudes that enable the vulnerability of the other protect and enhance their dignity.

› **Keywords:** Nursing; ethics nursing; Pilosophy nursing (DeCS).

› Introducción

La importancia de la reflexión ética en el cuidar se debe a que el acto de cuidar es un bien moral, por lo tanto, es un fin en sí mismo que permite a otro otorgar un valor. En el cuidado de un ser humano tiene implícita su propia vulnerabilidad y dignidad, por lo tanto, los valores éticos siempre están presentes al momento de relacionarse con el otro. Desde esta perspectiva, el cuidado es intrínsecamente ético, sin embargo, es necesario velar que las acciones de cuidado sean igualmente buenas, de forma de garantizar el cuidado como un bien (1).

El propósito de este artículo es reflexionar sobre el sustento ético del cuidar desde una perspectiva filosófica como acto humano y desde la disciplina de enfermería como el Ser de la profesión, con el fin de relevar la importancia de los valores en el acto de cuidar a otro y la relación con el otro como herramienta fundamental del cuidado.

El cuidado como acción humana es la ayuda y solicitud que se presta a otro ante una necesidad, y desde su significado en latín implica reflexión, pensamiento, interés. La concepción del cuidado explicita la dimensión humana abarcando en forma integral los aspectos físicos, mentales y espirituales, donde la relación con el otro, la preocupación, la escucha emergen como elementos inherentes a él. De acuerdo a esta fundamentación, el cuidado requiere basarse en virtudes permitiendo la acogida del otro vulnerable, donde surge la responsabilidad como la primera virtud (1), necesaria para el acto de cuidar, actuando como una fuerza que genera preocupación y moviliza el actuar. Desde esta perspectiva, el objetivo de cuidar implica preservar al ser humano de sus sufrimientos y acompañarlo en su vivencia, por lo que requiere de un trato afectivo, sensibilidad y proximidad.

› Sustento ético del cuidar desde una perspectiva filosófica

A continuación, se presenta una reflexión filosófica sobre el concepto de cuidar como acto humano y con el sentido ético que tiene esta acción. Se analizarán desde las perspectivas filosóficas de Martin Heidegger, Milton Mayeroff, Carol Gilligan y se profundizará en la visión de Emmanuel Levinas a través de su ética de la alteridad y de su relación con el cuidado.

Martin Heidegger, filósofo alemán, determina al cuidado como un fenómeno, cuyo significado está influido por el contexto social, político, ideológico y científico, por lo tanto, se compone de un conjunto de características dinámicas percibidas a través de los sentidos. Desde esta perspectiva, es a través de las manifestaciones del cuidado que es factible estudiarlo (2). En esta misma línea de pensamiento, el filósofo Francesc Torralba refiere que el tacto, el buen humor y la escucha activa son los rasgos que caracterizan, desde un punto de vista externo, el ejercicio de cuidar (3).

Heidegger también señala que cuidar tiene dos referentes semánticos: esfuerzo angustioso y solicitud, esto significa que el cuidado requiere esfuerzo, dedicación, trabajo angustioso y por otro lado entrega, solicitud, respuesta a las necesidades del otro, entonces cuidar es esforzarse solícitamente por otra persona (4).

En la visión del Milton Mayeroff, filósofo norteamericano, cuidar es ayudar a otro a crecer, refleja un sentido de atención, solicitud, lo que evidencia el lado positivo del cuidado, es decir, cuando se cuida a otro ambos crecen ya que la experiencia de cuidado es mutua. Las características de este cuidado se basan en el origen de la vida, la dignidad y el respeto, desde esta perspectiva los valores están inmersos en el proceso de cuidar (5).

De acuerdo a Mayeroff, para que ocurra el crecimiento se debe considerar la autonomía del otro, sus ideales y valores, se debe actuar con compasión, afecto, conocimiento de sí mismo y del otro, se debe ser capaz de determinar que necesita el otro para crecer, se debe actuar con honestidad, paciencia, esperanza, valentía y confianza en las capacidades del otro. Para este filósofo, el alcance moral del cuidado está basado en la ética del cuidado o de la responsabilidad, como señala Gilligan (4).

Por su parte, Emmanuel Lévinas, filósofo lituano, enfoca su visión de cuidado en la relación con el otro, que la define como ética, donde el otro conmueve y mueve, importa, se basa en el respeto, la responsabilidad, la proximidad. Según Lévinas, es la experiencia de alteridad lo que moviliza el cuidado, esta se refiere a comprender que el ser humano se debe moralmente a sus semejantes, es responsable ante el otro y del otro; es la relación interpersonal, la no indiferencia frente al otro, el motor del cuidar. En esta ética, el rostro cobra importancia, la relación cara a cara, ya que es aquí donde se evidencian las emociones, la identidad, el ser del otro. Desde su perspectiva, la experiencia ética se relaciona con la experiencia del otro, el otro que sufre, que padece algún mal y precisa ayuda, nace en la vocación de responder a esa llamada que no es una llamada física, es silenciosa pero inevitablemente se debe responder (4).

De acuerdo a Lévinas, el contexto del otro es muy importante, para comprender al otro es fundamental entender el contexto vital. Así, en sus propias palabras: “El Otro se presenta en un contexto cultural y se ilumina por este contexto. La manifestación del contexto asegura su presencia. Se esclarece por la luz del mundo” (6). Por lo tanto, sólo a través de la interpretación del entorno del otro se puede responder adecuadamente a su llamada de ayuda.

Lévinas afirma que la llamada del otro es anterior a la libertad del que cuida, por lo que no se puede desentender del que sufre, es decir, es responsable. Esta reflexión de Lévinas es fundamental al momento de cuidar, ya que el profesional es libre y con libertad elige cuidar a otro, pero esto no le capacita para hacer sin considerar las consecuencias de las acciones sobre otro ser humano, por lo que el desarrollo de la libertad profesional es en el marco de la responsabilidad con el otro (3).

Según Lévinas, es el rostro la representación del otro, ya que a través de mirar el rostro del otro se observa el sufrimiento y la solicitud de ayuda, cuando se mira al otro vulnerable, emerge la responsabilidad de ayudarlo, ya no se puede desentender. Es el rostro del otro vulnerable el que permite medir la propia conciencia ética “el rostro me recuerda mis obligaciones y me juzga” (6).

Por lo expuesto, la filosofía del rostro de Lévinas se basa en el concepto de la responsabilidad. Responsabilizarse por alguien es responder a su llamada, tomar en serio su sufrimiento y actuar solidariamente. No solamente se es responsable de los actos y sus consecuencias, sino que se es responsable del otro, de su existencia, de su desarrollo, de su conservación del Ser. Desde esta perspectiva, el ejercicio de cuidar es responder a la llamada del otro, responsabilizarse del otro vulnerable, pero sin vulnerar su libertad y su autonomía moral (3).

› Sustento ético del cuidar desde una perspectiva disciplinar

La reflexión filosófica del cuidar ha sustentado el análisis disciplinar de enfermería para construir una propia definición de cuidado y desarrollar su estructura valórica. Desde sus inicios, la enfermería ha concedido una gran relevancia a las

exigencias éticas vinculadas a su quehacer. Florence Nightingale (7) releva el cuidado más allá de lo instintivo y doméstico. Ella entendía que la enfermera debía mantener una actitud adecuada, lo que se refleja en el juramento utilizado hasta el día de hoy (8):

“Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente. Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud. Haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes. Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado”.

Es en el texto “Notas de Enfermería”, donde expresa que el conocimiento de enfermería es propio, distinto al del médico, definiéndola como un arte que requiere las mejores cualidades morales, por sobre todo vocación y compromiso con el trabajo, destacando los valores de la confidencialidad, veracidad, no hacer daño, y abogando por considerar las opiniones de los pacientes en la toma de decisiones que les conciernan (7).

Con el desarrollo disciplinar que se observa desde Nightingale hasta hoy, se ha construido la ética de enfermería, considerando la ética de la virtud y la ética de los principios. La primera se refiere a las actitudes y valores que debe tener un/a enfermero/a y la segunda respecto a los deberes y principios que deben respetarse para ser un buen profesional. De esta forma, el cuidado se basa necesariamente en valores, principios y deberes éti-

cos que son exigibles al profesional de enfermería.

La evolución de la disciplina se ha plasmado en el desarrollo de una ética que se aplica al cuidado. Desde mediados de 1980 se ha gestado la ética del cuidar a través del trabajo de distintas teoristas de enfermería. En esta dirección, se mostrarán las visiones de Madeleine Leninger, Jean Watson, Patricia Benner, Simone Roach y Gosia Bryckzynska, en el análisis de la ética en el cuidado, plasmadas en sus teorías.

Es en el trabajo de Madeleine Leininger donde se comienza a centrar el cuidado como ser de enfermería y donde se postula que el cuidado va más allá del acto físico, sino que debe estar centrado en las necesidades del otro en su propio contexto, esto es lo más importante al momento de cuidar (10).

Jean Watson, en 1985, releva el cuidar como el valor fundamental de enfermería, el centro del ser enfermera, destacando que el medio para otorgar cuidado es a través de la relación enfermera-paciente. Es mediante estas ideas que se declara el cuidar como el ser de la enfermería, haciéndose necesario caracterizar este cuidar y definiendo los comportamientos que se incluyen en el cuidar que le dan la calidad de cuidado humanizado. Esta visión, releva el cuidar a un acto moral, por lo tanto, debe estar presente la protección y la mejora de la dignidad humana y de la humanidad, basada en lo subjetivo, en el contexto, en la realidad del otro, en lo que el otro desea y necesita para su propio desarrollo, no sólo en principios objetivos. Watson considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total, esta relación debería ser profunda, significativa e íntima (11).

Patricia Benner, en 1984, plantea que las/los enfermeras(os) cuidan desde dos perspectivas: competencia clínica y actitud cuidadora, esta última centrada en la relación con el otro, en el contexto y la experiencia. La actitud cuidadora debe contar con criterios éticos en cada circunstancia y contexto, garantizando un cuidado adecuado (11). Desde esta perspectiva, también plantea que el desencanto profesional se da cuando esta actitud de cuidado se encuentra con las normas, restricciones y organización social, donde quizás las necesidades de cuidado están más relacionadas con las demandas institucionales que por las necesidades del paciente (recursos, programas, rutinas, etc), afectando la relación con él y las necesidades de cuidado (10).

En el periodo de tiempo, la enfermera canadiense Sor Simone Roach, comienza a plantear las virtudes necesarias que permiten otorgar un cuidado ético. En su libro *Caring: The Human mode of Being* (3), declara que, dentro del aspecto ontológico de cuidar, y en concordancia con lo que Heidegger también plantea (5), en el Ser del cuidar se encuentran las funciones y valores involucrados en el acto de cuidar, es decir, todo lo que una persona hace al momento de cuidar. Es así que establece seis comportamientos necesarios al momento de otorgar cuidados profesionales y que consideran los valores del Ser de cuidar, los denominó las "6 Cs del cuidar": compasión, compromiso, comportamiento, competencia, conciencia, confianza; conductas que no son excluyentes entre sí, sino al contrario, deben estar siempre presentes (3). Esta es la primera reflexión que sienta las bases para la ética del cuidar.

En esta misma línea de trabajo, en 1992, Gosia Brykczynska, enfermera inglesa, toma el trabajo de Roach y sintetiza en cinco las virtudes necesarias

en el acto de cuidar, declarándolos como el deber ser del cuidado profesional: compasión, compromiso, competencia, conciencia, confianza (3).

El trabajo disciplinar de estas teoristas ha determinado los valores, virtudes y actitudes necesarias al momento de cuidar a otro, y que deben estar presentes en el acto de cuidar o en los momentos de cuidado para que este sea considerado cuidado profesional, por lo que no contar con estas características, no puede ser definido como cuidado. Entonces, el desafío está en primer lugar entender que el cuidado es el Ser de enfermería y, luego, en que al hablar de cuidado de enfermería se encuentra inherente a él las actitudes y virtudes declaradas por la disciplina. Las/os enfermeras/os no podemos desentendernos de un cuidado centrado en el otro, basado en la relación con el otro y fundamentado en valores que potencien la dignidad y protejan la vulnerabilidad humana.

Es así como en 1954 se construye el *Código Deontológico* del Consejo Internacional de Enfermería (o código de ética) para la profesión de enfermería (11), el cual establece una guía para la acción de cuidar basada en los valores y necesidades sociales. En él se establecen que los derechos humanos, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, son inherentes a la profesión de enfermería. Además, señala las actitudes y los valores involucrados en el cuidado de las personas y en el ejercicio de la profesión: responsabilidad, respeto por el otro, respeto por sus valores y sus creencias, prudencia, confianza y confianza; declarando también los deberes necesarios para cuidar como son la competencia, velar por la seguridad de los otros, no hacer daño, satisfacer las necesidades del otro y cuidar en la vulnerabilidad, promover el trabajo en equipo y mantener una conducta adecuada que eleve la profesión.

› Consideraciones finales: relación de lo filosófico con lo disciplinar en el cuidado

El análisis del cuidado desde lo filosófico ha permitido a la disciplina de enfermería construir su propia reflexión respecto a su Ser, a definir el cuidado como ethos profesional, es decir, relevarlo como la finalidad de nuestra profesión. El cuidado como acto propiamente humano, hace de la enfermería una disciplina más bien humanista, por lo tanto, el cuidado de calidad no puede estar ausente de valores humanos y debe estar centrado en el otro, abarcando en él todos sus ámbitos, no sólo lo físico.

La única forma de cuidado es en presencia del otro a través de la interacción con él. La historia, la mirada, el rostro, el tacto es lo que moviliza el cuidado. Desde esta perspectiva, los profesionales de enfermería deben detenerse a mirar, escuchar, tocar al otro con el fin de comprender su sufrimiento, su contexto, sus necesidades considerando la integralidad y complejidad del ser humano.

Desde el inicio de la enfermería se ha venido fundamentando el cuidar en valores y actitudes, y su desarrollo disciplinar ha permitido la construcción de una ética del cuidar basada en el trabajo de teóricos de enfermería.

Son los valores presentes en el profesional y en el acto de cuidar los que orientan el sentido del deber con el otro, entendiendo que este deber se relaciona con proteger la vulnerabilidad del otro y mantener o potenciar su dignidad.

Referencias bibliográficas

1. Feito L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enferm Clínica*. 2005; 15(3): 167-74.
2. Siles J, Solano MC. El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto del tiempo en la historia de enfermería. *Cul Cuid*. 2007; XXI(21): 19-27.
3. Torralba F. *Ética del cuidar, fundamentos, contextos y problemas*. Barcelona (España): Instituto Borja de Bioética, Fundación MAPFRE Medicina; 2002. 272 p.
4. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce AL, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enferm Univ*. 2014; 11(4): 145-53.
5. Quinteros B. *Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Mayeroff y Watson*. *Ciencia y Sociedad*. 2001 (ene-mar); XXVI(1):16-22.
6. Levinas E. *Humanismo del Otro Hombre*. Madrid (España): Caparrós Editores; 1993. 136 p.
7. Nightingale F. *Notas sobre Enfermería ¿Qué es y qué no es?* Barcelona (España): Elsevier; 1990. 139 p.
8. Barrio IM, Molina A, Sánchez CM, Ayudarte ML. *Ética de enfermería y nuevos retos*. *An Sist Sani Nava*. 2006; 29(Supl 3): 41-7.
9. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2007. 167 p.
10. Davies AJ. *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar*; Barcelona (España): Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2005; p. 25.
11. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). *Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera*; Ginebra (Suiza): CIE; 2012; p.10.

Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada.

Autores:

Nephtali Dan Dahrbacun-Solis. Estudiante de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

E-mail: nephtali.dahrbacuns@alumnos.uv.cl

Beatriz Peña-Silva. Enfermera-Matrona, Profesora Auxiliar Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

E-mail: beatriz.pena@uv.cl

Andrea Melo-Severino. Enfermera, Profesora Auxiliar Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

E-mail: andrea.melo@uv.cl

› Resumen

Tras la experiencia de cuidar durante la práctica clínica de pregrado, el estudio de caso es la estrategia investigativa que permite comprender en profundidad los aspectos físicos, emocionales, comunicativos, espirituales y sociales insertos en la dinámica del proceso de enfermería. Este artículo tiene como objetivo analizar el caso de una escolar hospitalizada, con el fin de identificar los ámbitos del ejercicio profesional del enfermero/a que debieran ser abordados para otorgarle cuidados integrales. Además, se espera promover la importancia de la utilización del proceso de enfermería y su resguardo legal.

El estudio de caso se desarrolló a través de las cinco etapas que considera el Proceso de enfermería, destacando la relevancia de una valoración exhaustiva y comprometida, utilizando como sustento la Teoría de las 14 necesidades de Henderson, para obtener la información necesaria y planificar un cuidado con enfoque de integralidad en salud y adaptado a la etapa del desarrollo infantil de la escolar. Luego del análisis del estudio de caso se determinó la priorización de un problema psicosocial, lo que estimula a la reflexión de la importancia que se otorga a este ámbito y nuestra intervención frente a un niño hospitalizado.

› **Palabras claves:** Atención de Enfermería, Integralidad en Salud, Niño Hospitalizado, Desarrollo Infantil (DeSC).

Nursing care with focus in integrity health on a hospitalized schoolboy.

› Abstract

After the experience of caring in the undergraduate clinical practice, the case study is the research strategy for understanding in depth aspects physical, emotional, communicative, spiritual and social presented in the dynamics of the nursing process. This article aims to analyze the case of school girl hospitalized in order to identify areas of the professional practice of a nurse that should be addressed to provide comprehensive care to individuals and their families, considering their different contexts. It is also expected to promote the importance of using the nursing process care and legal shelter.

The case study was developed through the five stages which considers the nursing process, where the importance of a comprehensive and committed assessment made based on the 14 needs of V. Henderson to obtain the necessary information and highlights to plan a careful approach integrity in health, adapted to each stage of child development. After the analysis of the case study, prioritization of a psychosocial problem was determined, which it stimulates reflection of the importance of this area and our intervention is granted against a hospitalized child.

› **Keywords:** *nursing care, integrity in health, child, hospitalized, child development (DeSC)*

› Introducción

Según las teorías del desarrollo infantil, en la etapa escolar se producen una serie de cambios, entre ellas destacan que las relaciones sociales más cercanas están vinculadas a la escuela y al vecindario, donde se ve sometido a crisis psicosociales. Se adquieren nuevas habilidades verbales, mejorando la expresión y comprensión de pensamientos, se desarrolla una visión donde cada individuo posee intereses propios que pueden o no coincidir con las de otro (1). La literatura señala que los niños hospitalizados, durante esta etapa, largos periodos de tiempo, en ausencia de las madres, presentaban alteraciones del comportamiento, lo que confirma que el periodo de hospitalización es crítico para el niño (2).

Considerando las características propias del escolar, la integralidad en salud cobra mayor relevancia, ella constituye una herramienta que rompe las prácticas tradicionales de cuidados, entregando una visión más amplia de las necesidades de los usuarios especialmente en las relaciones con los profesionales de salud (3). Situación que a nivel infantil ha sido considerada en la convención de los derechos del niño/a a nivel mundial (4) y el programa nacional de apoyo a la infancia en Chile (5).

Recogiendo los aspectos señalados, en el presente artículo se presenta un Proceso de Enfermería (PE) donde la valoración se basa en la filosofía de Virginia Henderson, quien sitúa al individuo como un ser integral, que requiere satisfacer 14 necesidades básicas (ver Tabla 1) para lograr su independencia en salud (6). Henderson entrega una estructura para llevar a cabo una valoración exhaustiva, especializada e individualizada de las necesidades para otorgar un cuidado de enfermería personalizado y de calidad (7,8).

TABLA 1. 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener buena postura
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo a sus propios valores y creencias
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo moral y a usar los recursos disponibles

Fuente: Extraído de Pakorny M (8).

El PE surge a mediados del siglo pasado, como una herramienta para sistematizar el cuidado otorgado por el profesional de enfermería, se define como “La aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática” (9). Inicialmente el PE se planteó con tres etapas, pero a finales de los años 70 surge la propuesta de las 5 etapas que conocemos hasta hoy: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación (10,11).

Estudios reconocen que el PE es un instrumento vital para el cuidado. Dando respuesta a la necesidad del profesional enfermero para organizar y sistematizar su ejercicio profesional (12,13). Existen diversos modelos utilizados para la aplicación del PE, entre los cuales podemos destacar el Formato PES creado por Marjorye Gordon, el que corresponde al acrónimo: Problema de salud, Etiología y Sintomatología (14). Más tarde, durante los años 90, surge la taxonomía NANDA, con el objetivo de unificar criterios en cuanto a los diagnósticos enfermeros (15).

En la actualidad, Chile carece de una regulación que señale la necesidad de instaurar el PE dentro de la atención clínica, así como un marco legal que oficialice su implementación, siendo entendido de manera implícita como una herramienta de trabajo utilizada dentro de la gestión del cuidado, tal como lo señala el artículo 113 del código sanitario (16) y la norma general administrativa N°19 “Gestión del Cuidado de enfermería para la atención cerrada” (17).

Con todo lo anterior, la formulación de este artículo tiene como objetivo aplicar un PE a una escolar hospitalizada en un Servicio de Pediatría de un Hospital Público de la Región de Valparaíso, Chile. Lo que además permitirá reflexionar sobre

el ejercicio profesional con enfoque integral y la manera de fortalecer el empoderamiento del rol profesional en la gestión en salud mediante la utilización del PE como instrumento de cuidado.

› Metodología

Se presenta el Proceso de Enfermería, aplicado durante dos días de práctica clínica en un centro hospitalario docente de la región de Valparaíso, Chile. Se solicitó autorización para la obtención de información asegurando el anonimato en el tratamiento de los datos.

Para la valoración, la información se recolectó mediante la revisión de documentos como la ficha clínica, incluyendo los registros del equipo de salud, entrevistas a los profesionales de salud en contacto con la niña, examen físico, anamnesis a la escolar, entrevista con familiar y la observación. Para luego organizarla según la teoría de las 14 necesidades de V. Henderson.

Luego de obtener la información necesaria se plantearon los diagnósticos de enfermería en formato PES, en donde se identificaron y priorizaron las necesidades insatisfechas reales y las necesidades potenciales emergentes según un patrón funcional.

En la planificación se plantearon los objetivos de cuidado, se estableció un plan de intervención (individual y colectivo) y los indicadores para la evaluación. Posteriormente, en la etapa de ejecución se otorgaron los cuidados planteados, potenciados con el trabajo interdisciplinario. La etapa de evaluación se llevó a cabo, mediante la monitorización de los indicadores planteados con el fin de evaluar la pertinencia, relevancia o necesidad de modificación en los cuidados de enfermería.

› Descripción del caso

Escolar de sexo femenino, de siete años, en su quinto día de hospitalización, con diagnóstico médico de Pielonefritis Aguda, tratada con aminoglicósido endovenoso y posteriormente fluoroquinolona vía oral, se realizó una ecotomografía pélvica que señaló posible doble sistema excretor unilateral, que requería continuar estudios con cintigrama DMSA. Con antecedentes de ITU hacía un año, de manejo ambulatorio.

Pertenece a familia nuclear biparental, con hermana menor de 3 años, ambos padres con educación media incompleta. Viven en casa de material ligero con saneamiento básico completo, con bajo ingreso económico.

› Examen físico

Escolar vigil, en buen estado general, piel y mucosas hidratadas, con facie de aburrimento, signos vitales dentro de parámetros normales.

A nivel segmentario destaca abdomen blando, depresible, en ocasiones doloroso a la palpación con referencia de EVA 9-10, no congruente con facie y postura. Fosas renales sin irritación frente a puño percusión, con vía venosa permeable en extremidad superior izquierda que se mantuvo hasta constatar buena tolerancia del tratamiento oral.

› Valoración de necesidades según filosofía de V. Henderson

- Necesidad de respiración:

Patrón conservado durante la hospitalización, con antecedentes de padres con hábito tabáquico intradomiciliario.

- **Necesidad de alimentación e hidratación:**
La escolar tenía prescripción de régimen habitual, se alimenta con lentitud por selectividad, refiriendo contradicciones entre “amo la comida del hospital” y “odio esta comida”, con abundante ingesta de líquido.

- Necesidad de eliminación:

Presenta orina clara sin mal olor, sin molestias a la micción, refirió enuresis eventuales en el hogar. Sin dificultad en el patrón de eliminación intestinal.

- Necesidad de movimiento:

Mantiene buena movilidad en su unidad y marcha sin problemas por el Servicio.

- Necesidad de descanso:

Al interior del hospital duerme entre 8 a 9 horas por noche, refiriendo sueño reponedor excepto cuando es interrumpido por rutina intrahospitalaria o llanto de otros niños.

- Necesidad de vestirse:

la escolar se viste y desviste sola, con ropa adecuada a situación de hospitalización.

- Necesidad de termorregulación:

La niña se encontraba afebril por más de 48 horas al momento de la valoración. Con antecedentes de fiebre al ingreso hospitalario, que cedió con tratamiento antibiótico.

- Necesidad de higiene:

Escolar en buen estado higiénico, al interior del hospital se realizó ducha diaria asistida, en domicilio se realiza cada 2 días o día por medio, la técnica de aseo genital referida es inadecuada, en dirección anterógrada. No cuenta con útiles de higiene personal, lo que se dificulta especialmente su aseo bucal, escolar señala que hábito de cepillado en el hogar es poco frecuente.

- Necesidad de evitar peligros:

La madre de la menor manifestó que es una niña

que presenta un comportamiento impulsivo, agresivo y que ha tenido conflictos con sus compañeras en el colegio. Durante la hospitalización la menor manifestó ser violentada por un técnico de enfermería, versión que luego presentó inconsistencias en el discurso. Por otra parte, la madre refirió la tenencia de cuatro perros en domicilio, agresivos entre ellos y que transitan hacia el interior del hogar.

Con antecedentes de asistencia periódica a controles de salud establecidos en su Centro de Salud Familiar (CESFAM), presenta inmunizaciones al día según programa vigente.

- **Necesidad de comunicación y afecto:** La escolar señaló que no se lleva bien con su hermana, indicando que “no la soporta” y que “la odia”, porque sus padres siempre le creen a ella. La madre solo realizó una visita a la escolar en los primeros cinco días de hospitalización.

- **Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y Necesidad de realización:** No valoradas.

- **Necesidad de recreación:** Se observa aburrida y demandante de atención a ratos, aunque refiere que le encanta estar en el hospital.

- **Necesidad de aprender:** La madre señaló que la niña tiene un buen rendimiento escolar, lo cual concuerda con el desempeño en las actividades realizadas y la concentración observada al desarrollar las tareas entregadas al interior del hospital.

Respecto a las reacciones de la escolar frente a la hospitalización, se pudo observar que:

- **Angustia por separación:** La escolar refirió no extrañar a su familia, su comportamiento demuestra poca preocupación por este aspecto. Frente a la separación de sus amigas manifestó desánimo.

- **Pérdida de control:** Lucha por su independencia y productividad, lo que se demuestra en la frecuente manipulación de las barandas de la cama para la deambular, por lo que se privilegió la toma de decisiones, como la ropa a utilizar y método de entretenimiento. Su comportamiento en ocasiones reflejó ambivalencias como referir que le encantaba estar en el hospital, pero mostrarse aburrida.

- **El dolor y lesiones corporales:** presentó cambios de conducta repentinos y negación de su comportamiento, con solicitud de tiempos de espera y en una ocasión descontrol frente a procedimientos de enfermería, donde se necesitó de la ayuda de otros miembros del equipo de salud para su contención.

Se analizó detenidamente la valoración realizada y se identificaron factores protectores y de riesgo del caso, los que se presentan en siguiente tabla.

TABLA 2. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO IDENTIFICADOS

Factores Protectores	Factores de Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> - Buena respuesta a tratamiento antibiótico. - Saneamiento básico completo. - Orina clara sin molestias a la micción. - Asistencia a controles de salud en CESFAM. - Buen rendimiento escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de ITU anterior y sexo femenino. - Posible alteración anatómica urinaria. - Bajo ingreso económico familiar. - Hábito tabáquico paterno intradomiciliario. - Aseo genital incorrecto. -Hábito de aseo bucal escaso. -Comportamiento impulsivo y agresivo. -Dificultades en la relación con familia y personal de salud. -Se muestra aburrída. -Tenencia de perros agresivos intradomiciliario.

De los factores protectores y de riesgo establecidos, se priorizaron los tres principales problemas,

a partir de los cuales se plantearon los diagnósticos de enfermería que se encuentran en la tabla 3.

TABLA 3. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA JERARQUIZADOS

<p>1.- Insatisfacción de la necesidad de comunicación y afecto R/C dificultades para establecer relaciones armónicas con su familia y personal de salud M/P comportamiento impulsivo y agresivo señalado por la madre, verbalización de la escolar de los conflictos con su familia y personal de salud.</p>
<p>2.- Insatisfacción de la necesidad de recreación R/C proceso de hospitalización, alejamiento de sus actividades habituales M/P verbalización y facie de aburrimiento.</p>
<p>3.- Riesgo de insatisfacción de necesidad de evitar peligros: Recidiva de ITU R/C antecedentes de ITU, técnica de aseo genital incorrecto y posible alteración anatómica de la vía urinaria.</p>

A continuación, se presentará el Proceso de Enfermería completo, para el diagnóstico definido como prioritario:

Diagnóstico

Insatisfacción de la necesidad de comunicación y afecto R/C dificultades para establecer relaciones armónicas con su familia y personal de salud M/P comportamiento impulsivo y agresivo señalado por la madre, verbalización de la escolar de los conflictos con su familia y personal de salud.

Objetivo

Que la escolar mejore su capacidad de comunicación con las personas que la rodean, en un mediano plazo, con apoyo del estudiante de enfermería y el personal de salud.

Indicadores

- Comportamiento de la escolar durante la hospitalización.
- Comunicación de la escolar con la familia y personal de salud.

Intervenciones

- Escuchar activamente a la escolar.
- Acompañamiento terapéutico, dando tiempo para que la escolar pueda expresar sus emociones.
- Entregar actividades lúdico-educativas que le permitan mostrar sus competencias frente al personal hospitalario.
- Realizar reforzamiento positivo cada vez que la escolar se comunique con claridad y de acuerdo a lo esperado para su edad.
- Entrevistar dirigidamente a la madre respecto de la relación que tiene la escolar con ambos padres y con su hermana (desde cuándo se pre-

sentan dificultades, existió algún evento que lo gatillara, se intensifica en algún momento, entre otras).

- Coordinar con la madre posibilidad de asistencia para participar en los cuidados de la escolar (baño, alimentación, recreación, entre otros).
- Estimular momentos de conversación entre madre e hija durante los periodos de visita.
- Coordinar apoyo psicosocial (psicólogo del Servicio y asistente social de ser necesario).

Evaluación

- La escolar se mantuvo más tranquila.
- La comunicación con personal se mantuvo ambivalente.
- No fue posible observar una nueva interacción con la madre o resto de la familia.

➤ Discusión y conclusiones

La crisis la hospitalización genera consecuencias desde el punto de vista físico, psicológico y social en los niños/as (18,19). En este caso, se observó que una vez superada la etapa aguda que motivó la hospitalización, se evidenció con mayor claridad una dificultad que nace a nivel familiar pero que se exagera en el ambiente hospitalario, haciendo necesario priorizar un diagnóstico de enfermería del área psicosocial.

Para realizar una valoración integral se requiere establecer relaciones interpersonales efectivas entre el enfermero/a y el receptor de sus cuidados, donde la comunicación es un elemento determinante para priorizar adecuadamente sus problemas de salud (18). En el caso de los niños/as, investigaciones han señalado que, en general, son poco escuchados, y el cuidado otorgado se genera desde la información proporcionada por

los adultos, ya sea la familia o personal de salud (19). En el presente trabajo, se tuvo especial preocupación en valorar diversos aspectos directamente de la escolar, lo que permitió pesquisar e intervenir el diagnóstico de enfermería relacionado a la necesidad de comunicación y afecto.

Si bien, el tiempo de intervención no permitió una evaluación que lograra la satisfacción de esta necesidad, si fue posible visibilizar esta problemática e iniciar las coordinaciones interdisciplinarias que pudieran aportar a su resolución.

Durante el levantamiento bibliográfico efectuado para el desarrollo de este estudio de caso, quedó de manifiesto la brecha legal y normativa existente en torno a la utilización sistemática del proceso de enfermería en nuestro país. La utilización de esta herramienta puede contribuir al quehacer profesional, fortaleciendo la participación activa en la toma de decisiones, el empoderamiento de la autonomía profesional, la comunicación efectiva con el equipo de salud y el desarrollo de un liderazgo que oriente y fortalezca al equipo de enfermería para un cuidado integral.

En conclusión, este estudio de caso permite estimular la reflexión individual y colectiva respecto al ejercicio profesional, donde debiera existir una valoración exhaustiva y personalizada de acuerdo a los diversos contextos, evitando establecer juicios de valor y considerando las diversas propuestas del equipo multidisciplinario para otorgar una atención integral, donde enfermería lidere los aspectos relacionados al cuidado. También permite considerar la importancia del desarrollo de la competencia en el ámbito de la comunicación y gestión, además de la influencia durante el proceso de la formación profesional, ya que logra transferir el enfoque de integralidad al proceso de atención de enfermería durante las prácticas clínicas en pregrado.

Queda como desafío avanzar en la sistematización del proceso enfermero, proponiendo además la posibilidad de validarlo como herramienta de trabajo y así facilitar la creación de una normativa que asegure un cuidado integral y de calidad.

Referencias bibliográficas

1. Papalia D, Wendkos-Olds S, Duskin-Feldman R. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 11ra ed. México DF: Mc Graw Hill; 2009. 696 p.
2. Aguilar M, González P. Hospitalización del niño y del adolescente. En: Aguilar MJ. Tratado de enfermería del niño y el adolescente Cuidados pediátricos. 2da ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2012. p. 59-69.
3. Santos M, Stain D, Macedo FG, Erdmann AL. A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde. *Enferm Global*. [Internet]. 2009. [acceso 03 abr 2016]: 3(8). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75291/73151>
4. Ministerio de planificación nacional y política económica, Ministerio de Salud (Chile). Cuatro años creciendo juntos, Memoria de instalación del sistema de protección integral de la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Santiago de Chile; 2010.
5. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convention on the rights of the child. New York (USA);1989.
6. Pichardo G. Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica. *Rev Mex Enferm Cardiológica*. 2013; 1(21): 24-9.
7. Pino P. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en

enfermería en un servicio de pediatría. Medwave. [Internet]. 2012. [acceso 03 abr 2016] 12(10). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5548>

8. Pokorny M. Teorías en enfermería de importancia histórica. En: Alligood MR. Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Madrid (Es): Elsevier; 2011. p. 55-6.

9. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2009. [acceso 03 abr 2016]. 25(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm

10. González P, Chaves AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Inv Enf. 2009; 11(2): 47-76.

11. Noguera N. Proceso de Atención de Enfermería: Una Herramienta para la Garantía del Cuidado. Actual Enferm. [Internet]. 2008. [acceso 03 abr 2016]. 11(4). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/procesosdeatenciondeenfermeria/>

12. Reina N. El Proceso de Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. UMBral Científico. 2010. 17: 18-23.

13. Vernet F. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. Gerokomos. 2007; 18(2): 77-83.

14. Fundación para el desarrollo de la enfermería. Estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación. Madrid (Es); 2011.

15. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. 8va ed. Ontario (Canadá): Mosby; 1996. 484 p.

16. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley N° 725. Actualizado a julio de 2000. Santiago

de Chile. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. [acceso 04 de Abril 2016]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>

17. Subsecretaría de redes asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. Aprueba norma general Administrativa N° 19 "Gestión del cuidado de Enfermería para la atención cerrada". [en línea] 2007. [acceso 04 de Abril 2016]. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/centrode-documentos/>

18. Asmat C, Ramírez E. Apoyo emocional que brinda la enfermera al escolar hospitalizado y percepción del cuidado de enfermería. Rev salud hist sanid on-line. [Internet]. 2014 [acceso 03 abr 2016]. 9(2). Disponible en: <http://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/4334/0>

19. Noreña AI, Cicabal L. El contexto de la acción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. Cul Cuid. 2008; XII (23): 70-9.

DISCURSO PRONUNCIADO EN EL 30° ANIVERSARIO DE LA FUNDACIÓN DE LA ESCUELA DE ENFERMERAS 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. Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mail: lorena.bettancourt@uv.cl

Rudecindo de la Fuente.

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

§ Introducción

Se me ha solicitado que introduzca la primera edición de la sección de “Artículos Históricos”, en la revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, solicitud a la que respondo con mucho placer.

Quisiera relevar, en este espacio al que he sido invitada, el rol sustantivo que tienen el patrimonio y la historia en la conformación de la memoria de nuestra sociedad, pues, considero imposible mirar hacia el futuro sin antes conocer el recorrido y los esfuerzos que hicieron nuestros antecesores para engrandecer esta disciplina en la ciudad de Valparaíso.

Ya Ortega y Gasset versaba otrora: “No podemos hacer de nuestro pasado una cosa abstracta que quede inerte allá en su fecha, cuando este es en gran medida la fuerza viva y actuante que sostiene nuestro hoy” (1).

Mirar al pasado no es simplemente observar una sucesión de hechos pintorescos e interesantes que ocurrieron en años pretéritos, sino más bien, es un ejercicio que nos permite comprender el significado de los símbolos. En este sentido, conocer el desarrollo histórico de la disciplina de enfermería en Valparaíso, el valor simbólico de sus hitos, nos permite comprender cómo debemos seguir aportando a su construcción en el presente, y por qué no decirlo, al futuro (2).

Como Escuela de Enfermería, debemos considerar la enseñanza de la investigación histórica como herramienta para favorecer el desarrollo de la identidad profesional en los estudiantes. Las nuevas generaciones no deben sentirse jamás ajenas a nuestra historia, ya que forman parte vital de una memoria colectiva, y son responsables de su man-

tención, que es lo que permite sentirnos parte de una misma profesión. En esta dirección, la investigación histórica se presenta como el método que aporta los fundamentos que llevan a caracterizar la identidad profesional, en un contexto social como es el Puerto de Valparaíso (3).

El rescate de este texto obedece a las primeras ediciones de la otrora Revista de la Escuela de Enfermería “Carlos Van Buren”, la que en el 30° aniversario de su fundación le solicitó al Dr. Rudecindo de la Fuente, primer director de la Escuela, elevar un perfil del prócer fundador.

El Dr. de la Fuente hace una sentida descripción del Sr. Van Buren como un hombre excepcional y destaca en él sus excelsas cualidades personales: su llaneza, su buena disposición, capacidad de gestión, entre otras, las que demostraba en sus diarias visitas al establecimiento y que le permitieron ser reconocido en el resto del país.

Don Rudecindo nos lleva a un viaje, en el que describe cómo era la salud y el cuidado antes y después de la fundación de la Escuela de Enfermería en Valparaíso. Durante la administración del Sr. Van Buren se vivían tiempos de guerra, la primera a nivel mundial, había múltiples carencias. Aún así, organizó el policlínico del hospital, en ese tiempo San Juan de Dios, e inauguró el Servicio de Pensionado con la presencia del Embajador en Gran Bretaña, quien fue el responsable de contratar a las seis enfermeras que tomaran a su cargo la repartición. Posterior a su muerte, deja un legado de seiscientos mil pesos para la construcción de la Escuela de Enfermería, la primera a nivel regional en el país y pionera en muchos aspectos (4).

Quizá el autor de esta reedición nunca imaginó que su publicación resultaría ser una reveladora mues-

tra de nuestros orígenes profesionales. Considerar este testimonio nos permitirá ir reconstruyendo nuestro pasado que, junto al archivo de objetos y documentos a cargo de la Unidad de Gestión Patrimonial recientemente formada, abrirá una ventana para pensar nuevas ideas y realizar nuevas actividades que dan valor a la creación, y que responden a lo nuevo sin temor a perder nuestra identidad en el devenir de la humanidad (4).

Y como dijo Don Rudecindo: “la mente creadora de Van Buren contribuyó a la profesionalización de la enfermería en Valparaíso (...) Os corresponde a vosotras prestigiarla como también a vuestra Escuela a cuyo nombre quedais ligadas”.

§ Discurso:

No deseaba estar en esta situación, como lo había manifestado, pero pensando que como ninguno de vosotros conocisteis a don Carlos Van Buren, tendrías interés en conocer algunas acciones o rasgos, tratando de formaros una mejor imagen de él. No podría, sin embargo, dejar de narrar algunos hechos que se relacionan con el hospital al que estuvo tan íntimamente ligado.

Se ha dicho con razón que la mayoría de los hombres mueren para ser sepultados...los más altos mausoleos no lo salvan a veces de caer en el olvido. Pero unos pocos mueren para renacer de sus cenizas a la justicia y agradecimiento de la posteridad, como se hace hoy notorio, en este aniversario de la fundación de la Escuela que coincide con el natalicio de don Carlos Van Buren. Su vida estuvo ligada al Hospital San Juan de Dios, que se propuso reconstruir y dotarlo de los mejores elementos para la debida atención de los enfermos. Pero con gran visión y algo único en el país, quiso dejarlo completo, dotándolo de una Escuela para prepa-

rar su propio personal.

El terremoto de 1906 dejó en ruinas al Hospital San Juan de Dios y su construcción no se vislumbraba seis años después y para la Junta de Beneficencia de la época, fue un problema encontrar la persona que uniera a la vocación por esta clase de obras, el entusiasmo e influencia para conseguir los medios económicos.

Quiso la suerte que fuera designado Administrador don Carlos Van Buren, persona apolítica, de gran prestigio, además de su generosidad y estimación general, que tomó con gran entusiasmo su tarea.

Cuando llegué al Hospital en 1914, constaba de 4 salas que actualmente se procura demoler, en las que se hospitalizaba a enfermos tanto de medicina como de cirugía, y como el número de camas era insuficiente, se colocaba, entre ellas, en el piso, colchones en los que se albergaba a otros tantos enfermos, ya fueran neumonías, tifoideas, fracturas, hernias, apendicitis, etc., entremezclados.

La dirección de los hospitales; tanto aquí como en Santiago y el resto del país, dependía de las Juntas de Beneficencia, corporaciones que se nutrían de la generosidad particular, subvenciones, etc. y cuyo funcionamiento era autónomo. Designaba a los Administradores de los hospitales (actuales directores), nombramientos honoríficos, eligiéndose a personas respetables y prestigiosas con inclinaciones a hacer la caridad. Los médicos, en Valparaíso (y en este no estaba ajeno don Carlos Van Buren) gozaban de este privilegio, el Dr. Deformes en el San Agustín, Dr. Thierry en el Salvador; pero en Santiago, el único médico que había llegado a director era el Dr. Alejandro del Río en la Asistencia Pública, que se imponía además de

su prestigio por lo versado en asuntos de hospital.

En la atención de los enfermos, el culto religioso era factor preponderante, dado los escasos medios terapéuticos de la época, lo que mucho influía en la moral del enfermo manteniendo un estado de angustia que en algunos casos llegaba al terror. No sin razón, había en el público aversión por los hospitales y se los llegaba a tildar de antesala del cementerio.

Me sorprendió desde mi llegada al hospital el ambiente tan distinto que reinaba, comparado con Santiago, donde los administradores se consideraban semidioses y se mantenían distanciados de los médicos sin más contacto con ellos que los establecidos por intermedio de las religiosas.

El señor Administrador de éste hospital cautivaba por su llaneza y buena disposición para ayudar al médico en bien del enfermo y, las deficiencias del local se olvidaban y compensaban con las facilidades que daba para el mejor desempeño profesional.

No había cuidadoras en la sala sino practicantes, tal vez por ser establecimiento sólo para hombres, factor al que no era ajena la influencia religiosa. Las monjas supervisaban todo el servicio incluso el trabajo de los practicantes. Estos atendían por salas y a determinadas horas del día. En la noche, la sala quedaba al cuidado de un hombre sin preparación alguna, que generalmente era un enfermo que se había recuperado y pagaba en esa forma una manda que había hecho o, era un alcohólico que no tenía domicilio o un silvestre cualquiera. Durante la noche un practicante vigilaba todo el hospital y daba cuenta al médico interno las novedades y de los enfermos o heridos que ingresaban, la policía, porque la Asistencia Pública

funcionaba hasta las 8 p.m.

La Botica del Hospital proporcionaba todos los medicamentos que el médico prescribía, no se conocía la falta de medicamentos. Estaba autorizada por el Administrador para comprar todo lo que fuera necesario, si carecía de algún elemento. No está de más que diga que a los enfermos, si los médicos lo ordenaban, se les proporcionaba champagne o coñac. No había diferencia en ese sentido con los de pensionado.

En este agradable ambiente, no era de extrañarse que el médico se entregara totalmente a colaborar con el señor Administrador en bien del enfermo.

Don Carlos concurría diariamente al hospital, recorría a menudo solo todas las salas, conversaba con los enfermos, oía pacientemente sus apreciaciones respecto al servicio, celebraba frecuentes reuniones con los médicos y, los días domingos y festivos ampliaba su visita minuciosa a todas las dependencias del hospital.

Como puede suponerse, los progresos del Hospital San Juan de Dios se hicieron no sólo perceptibles sino resonantes, lo que provocó frecuentes visitas de profesores y médicos de Santiago y otras ciudades y nos confesaban cuánto les gustaría llevarse a la capital a nuestro Administrador, entre otras cosas por sus cordiales y estimulantes relaciones con los médicos.

En una reunión que celebró la Sociedad Médica de este puerto con la de Santiago y a la que asistió especialmente invitado el señor Van Buren, el Presidente de la Sociedad Médica de Santiago, profesor Emilio Aldunate, declaró entre grandes aplausos de los numerosos asistentes, muchos profesores de la Facultad, que otorgaba al señor Van Buren el título de médico cirujano.

Se esforzó el señor Van Buren, a pesar de todas las dificultades y deficiencias impuestas por la primera guerra mundial, hasta inaugurar en 1916 el Policlínico, en construcción desde 1913, en el que se adoptó una nueva modalidad, para la época, en la atención de enfermos, abandonando la vieja costumbre de los antiguos dispensarios. A su inauguración acudió lo más representativo de la ciudad de Valparaíso, que tributó no sólo sus aplausos al señor Van Buren, sino que en su honor se realizó una gran manifestación en la que se colectó una suma de dinero que pasó los \$800.000 de la época, que se le entregó para que construyera el Pensionado, que debía llevar su nombre por acuerdo expreso de la Junta de Beneficencia, y ostentar su retrato que se ordenó confeccionar.

Cuando se celebró en Santiago el Primer Congreso Nacional de Beneficencia, don Carlos Van Buren fue designado relator en el tema Administración Hospitalaria y como tal propuso la revolucionaria moción, aprobada por el Congreso tras fuerte resistencia, de que en todos los hospitales, el administrador o subadministrador debía ser médico. Los médicos le deben esta trascendental conquista de la técnica.

En 1920 para inaugurar el Pensionado, solicitó a nuestro embajador en Gran Bretaña, Sr. Edwards Mc Clure, que le contratara en ese país seis enfermeras que tomaran a su cargo la nueva repartición. Su iniciativa fue comentada y aún resistida, no sólo por los enfermos acostumbrados a otra modalidad, sino por médicos que no previeron la imprescindible importancia que muy pronto debían reconocer a la nueva colaboración.

Pero por la comprensión que el señor Van Buren tenía de los progresos hospitalarios, no vaciló en incluir en su testamento el magno legado funda-

dor de esta Escuela que lleva su nombre. No puede disputarse a don Carlos Van Buren la primera idea de profesionalizar en Chile este oficio, hasta entonces asimilado al servicio doméstico.

A esta mente creadora se debió vuestra profesión, os corresponde a vosotras prestigiarla, como también a vuestra escuela a cuyo nombre quedáis ligadas.

En cuanto a mí, sólo he sido un instrumento ejecutor. Gracias a mi título de médico, pude tener la suerte de acercarme a este hombre excepcional y disfrutar no sólo de su amistad sino de su afecto y confianza. Es una gran honra para mí haber podido dar fiel cumplimiento a su obra que tanto acariciaba.

Se me vienen a la memoria otros que quedaron en suspenso, pero las turbulencias políticas, que junto con extinguir una vida, troncharon las esperanzas de un mayor progreso para nuestra profesión.

§ Referencias Bibliográficas

1. De la Fuente R. Discurso pronunciado con ocasión del homenaje que se le rindiera en el 30º aniversario de la fundación de la Escuela. Revista de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" Valparaíso. 1963; 2(4):31-5.
2. Velandia AL. Para qué publicar en enfermería. Invest Educ Enfer. 2008; 26 (Supl 2): 60-71.
3. Arratia A. Investigación y documentación histórica en enfermería. Texto Contexto enferm. 2005 (oct-dic);14(4):567-74.
4. Uribe P. Desarrollo del Internado de Medicina en Valparaíso (1923-1967). Rev Chil Salud Pública. 2014; 18(2): 217-9.