

## HORIZONTE *de enfermería*



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**HORIZONTE**  
*de enfermería*

**Volumen 14**  
**2003**

## **HORIZONTE de enfermería**

FUNDADA EN 1990 por Erma Barrientos A., Cecilia Campos S. y Rina Pérez A.  
Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Directora Escuela: Sonia Jaimovic

### **DIRECTORA**

**María Soledad Rivera Martínez, PhD, MSP, E.U.**

Profesora Adjunta  
Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### **SUBDIRECTORA**

**María Teresa Urrutia Soto, MN, EM**

Profesora Auxiliar

### **SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

**Marta Gutiérrez Pacheco**

### **COMISIÓN DE PUBLICACIÓN\***

Angélica Cazenave, Mg Adm, EM  
Astrid Ourcilleon, Mg Adm, EM  
M. Cecilia Arechabala, MgSSC, EU  
María Isabel Catoni, Mg F, EM  
Luz María Herrera, EU  
M. Sylvia Campos, MgSP, EU  
Ángela Castellano, MgSP, EU  
Francisca Márquez, EM  
Camila Lucchini, EM

\*Profesoras Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

Los artículos para publicación deben enviarse a la Editora de acuerdo a las Normas de  
Publicación de Horizontes de Enfermería.

All contributions should be sent to the Editor, and should comply with the Norms of  
Publication of Papers.

e-mail: [revistahorizonte@puc.cl](mailto:revistahorizonte@puc.cl)

Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Campus San Joaquín  
Vicuña Mackenna 4860  
Santiago - Chile  
Fono: (562)3545838 - Fax (562) 3547910

Diagramación e Impresión  
Andros Impresores

## COMITÉ EDITORIAL<sup>1</sup>:

**Rita Ailinger, Ph.D, MA, MS, BS**

Professor  
College of Nursing and Health Science  
George Mason University. USA

**Elizabeth Madigan, Ph.D, MSN, RN**

Associate Professor & Assistant Dean for  
International Health Programs and  
WHO Collaborating Center  
Frances Payne Bolton. School of Nursing  
Case Western Reserve University,  
Cleveland, Ohio, USA

**Maria Soledad Smith, PhD, MNsc, RN**

Associate Professor  
Our Lady of the Lake College.  
Division of Nursing  
Baton Rouge, Louisiana, USA

**Francisco Javier León, PhD, PF.**

Profesor  
Facultad de Medicina  
Universidad de Santiago de Compostela. España

**Lúcia Gonçalves, PhD, ME, EU**

Profesora Titular  
Coordinadora  
Núcleo de Investigación Gerontogeriátrica (NIPEG)  
Departamento de Enfermería  
Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil

**Nilda Peragallo, DrPH, RN, FAAN**

School of Nursing  
University of Maryland at Baltimore

**Lynda Harrison, PhD, MSN, BSN**

Professor and Associate Dean for  
Graduate Studies  
School of Nursing  
University of Alabama at Birmingham

**Ester Gallegos, PhD., MNS., EU**

Profesora Titular  
Facultad de Enfermería  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Monterrey, México

**Águeda Wendhausen, PhD, ME, EU**

Profesora  
Escuela de Enfermería.  
Universidad del Valle de Itajaí. Santa Catarina,  
Brasil

**Valeria Lunardi, PhD, ME, EU**

Profesora Escuela de Enfermería.  
Universidad Federal de Río Grande,  
Río Grande, Brasil

**Tatiana Párvic PhD, MCE, EU**

Profesora Titular  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Concepción, Chile

**Ana María Alarcón Muñoz, PhD., MA., BA, EU**

Profesora Asociada  
Departamento de Salud Pública  
Universidad de la Frontera  
Temuco - Chile

**Pilar Alegria, EU**

Directora  
Servicio Profesional de Enfermería (SERPROEN)  
Atención Domiciliaria  
Santiago, Chile

**Claudio Robles MBA, EU**

Coordinador Enfermería  
Hospital Clínico  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Julia Sequeira, ME, LE**

Profesora  
Facultad de Educación  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Luis Villarroel, Estadístico, Mg Est, PhD**

Instructor Asociado.  
Departamento de Salud Pública  
Facultad de Medicina  
P. Universidad Católica de Chile

**Cecilia Campos, MSP, EU**

Profesora Titular  
Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Ita Lange, MSC, EU**

Profesora Titular  
Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Mila Urrutia, MSC, EU**

Profesora Titular  
Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Sonia Jaimovic, MSP, EU**

Profesora Titular  
Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Rossina Cianelli, PhD, MSP, EM**

Profesora Adjunta  
Escuela de Enfermería  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Erick Landeros O. Master en Ciencias de Enfermería**

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Yolanda da Silva. PhD, Mg Antropología**

Profesora  
Universidad Vale do Itajaí  
Brasil

<sup>1</sup> Los miembros del Comité de Publicación forman parte del Comité Editorial. Members Of Publication Committee belongs to Editorial Board.



# Sumario

Volumen 14, 2003

---

<b>Editorial</b> .....	9
<b>Reflexión</b>	
Lo cotidiano: perspectivas e implicancias para la investigación en Enfermería <i>Carlos Tello, Elisabete Araújo, Ívis Souza</i> .....	11
Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional <i>M. Soledad Rivera</i> .....	21
<b>Investigación</b>	
Uso de gel aloe vera para la prevención de la mucositis oral en pacientes pediátricos que reciben quimioterapia: estudio piloto <i>Paula Vega, Fanny Sepúlveda, Claudia Farías, Chery Palma, Sylvia Vargas, Sandra Castillo</i> .....	33
Intervención de Enfermería para disminuir tasas de infección del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central en un servicio de medicina <i>Patricia Palma, Margarita Palma, Ángela Molina</i> .....	43
<b>Proyectos de Intervención</b>	
Reinducción de lactancia en un recién nacido de pretérmino: intervención de Enfermería <i>Camila Lucchini, Francisca Márquez</i> .....	53
Evaluación del Hospital Clínico UC como Hospital Amigo: 11 años de historia <i>María Isabel Saldías, Mariela Quezada, Jeannette Galleguillos, Camila Lucchini, Francisca Márquez, Verónica Cabezas, Catherine Varas, Anita Verdugo</i> .....	61
Instrumento de valoración de Enfermería: una aplicación del modelo de Dorothea Orem <i>Angelina Doís, Claudia Pérez, Carolina Gómez</i> .....	77
Congreso “Construyendo Universidades Saludables”: Informe final <i>Ilta Lange, Aixa Contreras, Mónica Muñoz, Blanca Vial</i> .....	87
<b>Revisión Bibliográfica</b>	
Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería <i>M. Soledad Rivera</i> .....	95
<b>Tesis 2003</b> .....	113
<b>Normas de Publicación</b> .....	119
<b>Suscripción Revista Horizonte de Enfermería 2003</b> .....	125





## Editorial

---

Este número se presenta con artículos sobre investigaciones de problemas bien cotidianos, cuyos resultados esperamos les sean muy interesantes. Un aspecto importante a considerar es que la mayoría ha sido desarrolladas por equipos de enfermeras clínicas y docentes, demostrando así que trabajar asociadas produce un resultado muchísimo más atractivo y fortalece nuestra identidad profesional.

Comenzamos presentando una reflexión acerca de dos temas inéditos en nuestro país: las teorías en torno a *lo cotidiano* y *formas de conocer y de construir conocimiento comprensivo en Enfermería*. El artículo sobre *Lo cotidiano* es de naturaleza teórico-filosófica, por lo que a quienes les gusta profundizar en las raíces de las ideas que dan sentido y significado a la diversidad de perspectivas sobre el cuidado encontrarán satisfacción al leerlo. Lo cotidiano rescata el valor de lo banal, lo habitual, lo repetitivo, aquello que corresponde a los detalles de la vida, al día a día. Rescata el valor de sentido y los profundos significados de aquello que por su sencillez no se le da valor. Reencanta con el cuidado, pues este ocurre habitualmente en ese cotidiano de rutinas, turnos, esperas, detalles...

La reflexión sobre *conocimiento comprensivo y su construcción* ha sufrido un proceso largo de elaboración y espera y señala un nuevo pensamiento que a muchas les resultará familiar. Esta mirada es sobre el conocimiento necesario para pensar sobre el cuidado de Enfermería integral y señalar que pensar la profesión desde una mirada comprensiva integral fue más una filosofía y un ideal muy repetitivo en los lenguajes de Enfermería. Hoy día hemos aprendido que existen métodos específicos para construir ese saber, tornándolo un sendero que nos abre caminos insospechados para desarrollar nuestra identidad profesional. Esperamos que estos artículos aporten al reencantamiento con la disciplina de Enfermería.

Por otra parte, las investigaciones que presentamos nos ofrecen resultados bien útiles para la práctica de Enfermería: la reinducción de la lactancia materna nos demuestra cómo estamos ayudando a las madres en su lactancia superando los obstáculos típicos que en el pasado resultaban en la suspensión precoz de la lactancia. Además, revela una forma de concretizar la acción autónoma profesional. La *intervención de Enfermería para disminuir tasas de infección del torrente sanguíneo asociadas al uso de catéter venoso central* en un servicio de medicina es una realidad muy frecuente en nuestro mundo. Los resultados de esta investigación son útiles para prevenirlas y aumentar la seguridad de nuestras prácticas. Por último, el *efecto del aloe vera para la prevención de la mucositis oral en niños en quimioterapia* es un trabajo que nos sorprendió por su rigor y lo relevante de sus resultados para aliviar el sufrimiento de estos niños y sus padres. Estas investigaciones demuestran diversas formas de producir conocimiento empírico propio, pero también se revelan como resultado de la dedicación, de la persistencia, responsabilidad e inversión de un tiempo significativo personal, pues ninguno de ellos fue financiado por fuente alguna más que la propia. Enfatizo este punto, porque en Chile, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, las enfermeras investigan de esta manera (y no sólo las enfermeras, esto ocurre en todas las profesiones). Sólo muy pocas pueden optar a fuentes de financiamiento y tener la habilidad de formular un proyecto competitivo, y tener, además, el perfil de antecedentes y apoyo político que se requieren para ganar concursos de investigación. La mayoría investiga así, artesanalmente, con enorme esfuerzo personal. Por ello felicitamos profundamente a las autoras. Por haberlo hecho, terminado y haber tenido la paciencia de realizar el proceso de la publicación y haber aceptado corregir una y otra vez sus artículos. Esta garra es la que Enfermería

necesita de sus autores y autoras, sus investigadoras e investigadores, sus filósofas y filósofos, en fin, de cada uno que desea aportar hoy a la construcción de la identidad y autonomía profesional.

Este número también incluye intervenciones como la evaluación del Hospital Clínico UC y algunos centros ambulatorios de la red de salud UC como instituciones amigas de la madre y el niño, demostrando su pasión por la excelencia, al compartir donde han tenido éxito, pero también donde han fallado, para señalar el camino a otros centros. Un equipo de docentes nos muestra un instrumento construido desde la teoría de Autocuidado de Orem para valorar enfermos de centros quirúrgicos ambulatorios y, por último, presentamos la evaluación del Congreso sobre universidades Saludables, evento que formó parte de las actividades del año 2003 del proyecto de promoción de la salud UC saludable: Vive tu Equilibrio y que demostró el enorme interés que tienen las Universidades chilenas y extranjeras en promover la salud de los estudiantes, profesores y administrativos y así construir instituciones formadoras consistentes entre lo que deseamos y lo que hacemos.

Por último, incluimos también un informe sobre la producción científica de las profesoras en investigaciones y publicaciones y la lista de tesis a nivel de Licenciatura en Enfermería defendidas durante el año. Sin duda, es sólo una muestra del esfuerzo que realizamos para demostrar que nuestra institución tiene una sólida base profesional y en la disciplina.

## Lo cotidiano: perspectivas e implicaciones para la investigación en Enfermería

### *Daily: perspectives and implications to nursing research*

Carlos Alberto Tello Pompa

*Profesor Principal a Dedicación Exclusiva, Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Doctorando en Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.*

Elisabete Pimenta Araújo Paz

*Doctora en Enfermería, Profesora Adjunta. Departamento de Salud Pública de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.*

Ívis Emília de Oliveira Souza

*Doctora en Enfermería, Profesora Titular. Departamento de Salud Materno/Infantil de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.*

---

#### Resumen

Este artículo presenta una revisión de los aspectos fundamentales de lo cotidiano, cotidianidad y la vida cotidiana, desde la perspectiva de diferentes estudiosos sobre la temática, como Lalive Dépinay y su tentativa de construcción de un concepto sociológico y antropológico; Michel Maffesoli y su estilo de lo cotidiano; Agnes Heller con su visión de lo cotidiano y la historia; Michel de Certeau y la invención de lo cotidiano; Ivone Gebara con la espiritualidad en lo cotidiano, y Martin Heidegger con su concepto de cotidianidad, en su obra Ser y Tiempo. Se hizo una reflexión acerca de la aplicabilidad de estas perspectivas al quehacer de Enfermería, así como algunas consideraciones sobre su influencia en la investigación, destacándose su aplicabilidad en la investigación cualitativa.

**Palabras-clave:** Enfermería, investigación metodológica en Enfermería, filosofía en Enfermería.

#### Abstract

This article is a review of some of the fundamental aspects of the daily thing, day-to-day and the daily life, from the perspective of different specialists on the thematic, as Lalive Dépinay and her tentative of construction of a sociological and anthropological concept; Michel Maffesoli and their style of the daily thing; Agnes Heller with their vision of the daily thing and the history; Michel de Certeau with The Invention of the Daily Thing; Ivone Gebara with the Spirituality in the daily thing and Martin Heidegger with their concept of daily, in his work of Being and Time. A reflection was made about the applicability from these perspectives to the nursing as well as some considerations on its influence in the research, standing out its applicability in the qualitative research.

**Key words:** Day-to-day, nursing, nursing research methodology, nursing philosophy.

## Consideraciones previas

Según Sánchez (1994), lo cotidiano significa “De cada día: Las tareas cotidianas”, aquello que se hace u ocurre todos los días; lo que sucede o se practica habitualmente”. Esta definición tan simple, o a veces complicada en su dimensión o en su conceptualización, depende mayormente de la visión de mundo que tiene la persona que la estudia, del contexto o de las circunstancias en términos de la época en la cual acontece.

El objeto de este artículo es presentar diversas perspectivas sobre lo cotidiano, considerando los fundamentos que le dieron origen y las características esenciales de cada una de ellas; en consecuencia, se propone una reflexión no sólo referente al término, sino también de su aplicación al quehacer de Enfermería.

## Perspectivas sobre lo cotidiano

Lalive Dépinay (2000) distingue dos problemas cuando se refiere al término cotidiano, debido a las nociones de vida cotidiana, cotidiano y cotidianidad. El primero se refiere a la historia de su significación y la segunda trata de su transformación en una herramienta científica.

Los dos problemas no deben ser confundidos, pues en todo caso son interdependientes. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que las palabras también son productos sociales que siempre traducen las relaciones sociales, de ahí la importancia del trabajo realizado por la sociología del lenguaje. Por otro lado, el encuadramiento de las prácticas de vida cotidiana, por los grandes dispositivos sociales y la polivalencia de sus resultados, son también, en el otro extremo, un ancla permanente de infinitas dialécticas de lo rutinario y de eventos que suceden en la naturaleza, además de la cultura, lo que obliga a los estudiosos de la vida cotidiana a sobrepasar el campo sociológico para ubicarse permanentemente en la cuestión antropológica.

¿En qué momento es que estamos hablando de un concepto sociológico y en qué momento de un concepto antropológico? Lalive Dépinay (2000) delimita el campo de la sociología de la vida cotidiana considerando a su objeto centrado sobre el agente “individuo” y sus actividades sociales. Este agente no es una entidad ontológica: el sociólogo lo aborda como unidad bio-psico-socio-cultural (no obstante, por razones de competencias, la estudia antes de todo como entidad sociocultural).

Entonces podemos considerar, a partir de ese momento, en la perspectiva de este investigador, que la sociología de la vida cotidiana empleará como fenómenos sociales totales el *tiempo* y el *espacio*, entidades constituidas por las prácticas sociales. Todo lo que no está comprendido en esta área y en estos límites estará en el campo de la antropología. En consecuencia, la característica esencial de una sociología de la vida cotidiana reside en su “manera de ingresar” en los fenómenos socioculturales: al considerarlos a partir de un punto de vista de *vulgus*, del común de los mortales que somos cada uno de nosotros, de sus procedimientos, sus representaciones, sus deseos y sus miedos.

Otro de los estudiosos de lo cotidiano es Maffesoli (1995), quien, al referirse a uno de los puntos acerca de lo cual gira la sociedad, consideró a la búsqueda de la felicidad, “*esa idea nueva, que la modernidad burguesa la restringe a un espacio limitado, a lo privado, en la pequeña esfera individual que tiene un olor a rancio*” (p. 63). Por eso puede haber otra concepción de felicidad, aquella que la considera una fuerza social, lo que significa que la felicidad individual sólo adquiere dignidad

## REFLEXIÓN

cuando se alcanza en el cuadro de la felicidad colectiva. De hecho esta especie de ir a la caza de la felicidad también puede ser vivida en lo cotidiano y, por lo tanto, como todo lo que lleva esa marca, tener una dimensión esencialmente colectiva.

Nunca está de más insistir en la nobleza de la vida cotidiana, se puede decir que es a partir de lo “ordinario” que se elabora el conocimiento de lo social. Ese cotidiano parece ser una de las principales características del estilo estético de lo cual nos ocupamos en esta temática.

“Pues lo cotidiano no es un concepto que se pueda, más o menos, utilizar en la arena intelectual. Es un estilo en el sentido que deifica a ese término, esto es, algo de abarcador, de ambiente, que es causa y efecto, en determinado momento, de las relaciones sociales en su conjunto. En otros términos, el ámbito del tiempo y la vida sin cualidad son reconocidas en lo concreto, porque ese concreto es vivido como totalidad”. (Maffesoli, 1995, p. 64)

De todo lo expuesto, se debe recordar que el estilo puede ser considerado como una “encarnación” o aun la proyección concreta de todas las actitudes emocionales, maneras de pensar y de hacer; en suma, de todas las relaciones de uno con el otro, por las cuales se define una cultura. Sobre este asunto Maffesoli se va a referir a la visión del mundo, teniendo siempre en mente que esta es, en la mayor parte de las veces, no consciente, no percibida justamente como visión; en compensación, es ampliamente vivenciada en la vida de todos los días.

Se puede decir que la vida cotidiana es un buen revelador del estilo de la época, pues destaca muy bien cómo la existencia es determinada por el sentido de lo colectivo. Por medio de presiones, de los usos y costumbres, de hábitos, toda vida individual es limitada. Por eso, al mismo tiempo, es esta limitación la que le permite existir. En ese sentido, la vida cotidiana es esa “centralidad subterránea”, ese punto nodal al cual se puede no dar atención, que se puede olvidar o negar; no obstante, ni por eso deja de constituir el humus a partir del cual irá a crecer toda la vida individual. (Maffesoli, 1995, p. 65)

El lugar que lo cotidiano ocupa en el estilo de la época se debe, esencialmente, a dos aspectos: por un lado, no se reduce a una simple razón instrumental del utilitarismo; por otro, pone fin al encerramiento y la separación impuestos durante la modernidad. Evidentemente, esos dos aspectos están ligados entre sí; hay entre ellos una reversibilidad constante, es decir, no se pueden tomar en cuenta sólo los aspectos particulares sin tener en cuenta el horizonte donde estos se desarrollan, y tampoco al revés: sólo considerar el horizonte donde son colocados los hechos, sin considerar los aspectos particulares de la cuestión.

Desde otra perspectiva, Heller (cfr. Duarte, 2001, p. 31) define la vida cotidiana como “el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres singulares”. Su criterio para distinguir las actividades que hacen parte de la vida cotidiana de las actividades no cotidianas, tiene como referencia la dialéctica entre reproducción de la sociedad y la reproducción del individuo.

Las actividades directamente dirigidas para la reproducción del individuo, a través del cual, indirectamente, contribuyen para la reproducción de la sociedad, son consideradas actividades cotidianas. Aquellas actividades que están directamente orientadas a la reproducción de la sociedad, aunque indirectamente contribuyan a la reproducción del individuo, son consideradas no cotidianas.

“La vida cotidiana es la vida de todo hombre. Todos la viven, sin ninguna excepción, cualquiera que sea su puesto en la división del trabajo intelectual y físico. Nadie consigue identificarse con su

actividad humano-genérica al punto de poder desligarse enteramente de la cotidianidad. Y, por el contrario, no hay ningún hombre, por mas 'insustancial' que sea, que viva tan solamente en la cotidianidad, aunque lo absorba preponderantemente. La vida cotidiana es la vida del hombre participante con todos, donde coloca sus potencialidades: sentidos, capacidades intelectuales, habilidades manipulativas, sentimientos, pasiones, ideas, ideologías, etc". (Heller, 1970, p. 17)

En este sentido es que la vida cotidiana, por lo tanto, se inserta en la historia, es modificada y cambia las relaciones sociales. Sin embargo, la dirección de estas transformaciones depende estrictamente de la conciencia que tienen los hombres respecto de su "esencia" y de los valores presentes en su desarrollo (Carvalho & Netto, 2000, p. 29).

Otro de los estudiosos de esta temática es Michel de Certeau (1994). Una de sus obras más conocidas es *La invención de lo cotidiano*, que es el esbozo de una teoría de las prácticas cotidianas para extraer de sus ruidos las maneras de hacer que, mayoritarias en la vida social, no aparezcan muchas veces sino a título de resistencia o de inercias en relación al desarrollo de la producción socio-cultural. La astucia de los consumidores compone la red de una anti-disciplina, tema central de esta teoría.

La razón técnica asegura que sabe cómo organizar del mejor modo posible personas y cosas, atribuyéndole un lugar a cada uno, un papel y productos a consumir. No obstante, el hombre ordinario escapa silenciosamente a esa conformación. Él inventa lo cotidiano, gracias al arte de hacer, astucia sutil, tácticas de resistencia por las cuales altera los objetos y los códigos, retoma el espacio y lo usa a su manera. Retornos y atajos, maneras de dar golpes, astucia de cazador, movilizaciones, historias y juegos de palabras, mil prácticas inventivas prueban, a quien pueda constatar, que la multitud sin cualidades no es obediente y pasiva, mas abre el propio camino al uso de productos impuestos, en una amplia libertad en que cada uno procura vivir del mejor modo posible el orden social y la violencia de las cosas.

Al decir de Certeau, lo cotidiano es aquello que nos es dado cada día, nos presiona día tras día, nos oprime, pues existe una opresión del presente. Todos los días por la mañana, aquello que asumimos al despertar es el peso de la vida, la dificultad de vivir, o de vivir en esta u otra condición, con esta fatiga, con este deseo. Lo cotidiano es aquello que nos prende íntimamente a partir de lo interior. Es una historia a medio camino de nosotros mismos, casi en retirada, a veces velada... Lo que interesa al historiador de lo cotidiano es lo invisible...

Al decir de sus contemporáneos, Michel de Certeau fue el primero en recuperar la astucia anónima de las artes de hacer, este arte de vivir la sociedad de consumo. Tornándose luego clásicas, su análisis pionero inspiró a muchos historiadores, filósofos y sociólogos.

Ivone Gebara (2002) coloca otra perspectiva, en donde conceptualiza la vida cotidiana como *La espiritualidad en lo cotidiano*. Decir cotidiano es, en primer lugar, hablar de un ritmo más o menos previsto de la vida de cada uno de nosotros. Se trata de la organización de la vida de nuestro ser, organización que ayuda a los cuidados del cuerpo: la alimentación, el trabajo, los cambios de rumbo, las relaciones familiares o de amistad; y vivido de forma privilegiada al interior de la casa, lar femenino por excelencia.

Lo cotidiano, en las palabras de la autora, "es mi pequeño mundo personal, mis costumbres, la propia manera de sentir la vida. Lo cotidiano forma parte de esa regularidad a veces marcada por la monotonía, a veces por los imprevistos, a veces por ciertas novedades agradables". (Gebara, 2002)

## REFLEXIÓN

Lo cotidiano es la historia de los sucesos sin gloria ligados a la vida privada, sin reconocimiento público. Son historias de pequeñas alegrías y de pequeños sufrimientos que no han sido tomados en cuenta por la ciencia histórica. Son las historias vinculadas alrededor de la cocina, historias con olor de una buena sopa o de una sobremesa que sale del horno, en que la memoria recupera recuerdos que hacen vivir.

Eso quiere decir que una espiritualidad en lo cotidiano no considera, en principio, elementos ajenos a la vida cotidiana, sino que en primer lugar de ella misma toma los elementos para dar sentido o para articular un sentido de vida.

“En esa perspectiva lo cotidiano es valorado como una realidad que crea sentido, que es generadora de sentido, que tiene un sentido. Lo que vivimos ahora sustenta la vida ahora y mañana. Y por eso que se sitúa aquí la diferencia entre espiritualidad en lo cotidiano y espiritualidad de lo cotidiano”. (Gebara, 2002)

La espiritualidad de lo cotidiano es capaz de recobrar fuerzas vitales en los elementos más simples de la existencia. Ella capta las significaciones vitales en el interior de los gestos y acciones de todos los días, sin necesariamente explicitarlos a nivel de la palabra o de una sistematización intelectual.

La espiritualidad en lo cotidiano busca elementos surgidos de la enseñanza religiosa de diferentes fuentes y trata de aplicarlas a la vida cotidiana. Tales enseñanzas son de diversos tipos: oraciones, salmos, liturgias, invocaciones, etc. Desde luego que no se da ahí un desaprecio de lo cotidiano, pero las fuerzas que exigen para vivir en lo cotidiano parecen provenir de mas allá de lo cotidiano. En general, simbólicamente, tales fuerzas provienen de los cielos, vienen de lo alto, como para indicar un movimiento de trascendencia a nosotros. Es un movimiento que va de nosotros a los cielos y retorna a nosotros.

Finalmente, la otra perspectiva es la cotidianidad, concepto muy utilizado por Martin Heidegger (1889-1976), que fue uno de los filósofos alemanes más importantes e influyentes de este siglo. La obra más significativa de Heidegger, que entretanto permanece inacabada, es *Ser y tiempo* (1927), en la cual inicia su camino de reflexión sobre el sentido más profundo de la existencia humana, así como sobre los orígenes de la metafísica y del significado de su influencia en la formación del pensamiento occidental. Procura así recuperar la importancia fundamental de la cuestión del ser, que en la tradición del pensamiento moderno diera lugar a la problemática del conocimiento y de la ciencia. “Es necesario para Heidegger realizar una destrucción de la ontología tradicional para recuperar el sentido original del ser”. (Japiassú y Marcondes, 1996)

La existencia sólo puede ser comprendida a partir del análisis del *Dasein*<sup>1</sup> (el *ser-ahí*), del ser humano abierto a la comprensión del ser. Heidegger retoma, en seguida, la cuestión clásica de la tradición filosófica –el problema de la verdad– examinándola en relación a los conceptos de ser y conocer, para establecer su génesis y su sentido.

“Llamamos cotidianidad el modo de ser en que la presencia, de inicio y en la mayor parte de las veces, se mantiene. Al contrario de un modo de existir distintivo, definido, la cotidianidad es lo

---

<sup>1</sup> Heidegger usa *Dasein* para el ser de los humanos y el ente o persona que posee este ser. Cuando más de una persona está en escena, Heidegger habla del (de los) otro(s) o *Dasein-con* (con presencia), retomando el sentido original de la palabra, “ser ahí”, escribiendo frecuentemente *Da-sein* para resaltarlo.

indiferente antes de todo y en la mayoría de las veces, inherente al *Dasein*. Por ser tan próxima de nosotros, ella es normalmente ignorada: Aquello que es ónticamente más próximo y más familiar es ontológicamente lo más distante, desconocido y constantemente ignorado en su sentido ontológico. Significa claramente aquel modo de existir que el *Dasein* observa todos los días. Mas la cotidianidad no es un concepto cuantitativo: 'todos los días' no significa la suma de los 'días' que caben al *Dasein* en la duración de su vida. Es el cómo el *Dasein* vive su 'día a día', quiere en todos sus comportamientos, quiere en ciertos comportamientos privilegiados por la convivencia". (Heidegger, 2001, p. 172)

La cotidianidad se contenta con lo habitual, incluso cuando éste es opresor. Es uniforme, mas encuentra variedad en todo lo que pueda suceder en el día. La cotidianidad es inevitable: "determina al *Dasein* aun cuando éste no escoja lo *impersonal*<sup>2</sup> como su 'héroe'. La existencia puede, de hecho, exceder todos los días en el instante de la visión y, es claro, en general apenas 'por un momento', mas nunca puede extinguirlo" (Inwood, 2001, p. 25).

En otros términos, cotidianidad se refiere al modo de existencia en que la presencia<sup>3</sup> se mantiene "todos los días". Primordialmente, la expresión cotidianidad indica un determinado modo de existencia que domina la pre-sencia en su "tiempo de vida". En el decorrer de los análisis precedentes, con frecuencia nos valemos de la expresión "de inicio y en la mayor parte de las veces". "De inicio" significa el modo en que la presencia "se revela" en la convivencia de la publicidad<sup>4</sup>, mismo que, existencialmente, ella tenga "en el fondo" superado la cotidianidad. "En la mayor parte de las veces" significa el modo en que la presencia no siempre, mas de esa manera, se muestra para todo el mundo". (Heidegger, 2001)

"Todavía esos múltiples caracteres de la cotidianidad no caracterizan, de forma alguna, un mero 'aspecto' de la presencia, cuando se 'observa' 'impersonalmente' para el hacer y el emprender del hombre. La cotidianidad es un modo de ser al cual pertenece, sin duda, la manifestación pública. Mas en cuanto modo de existir propio, la cotidianidad es también más o menos conocida de cada presencia 'singular', a través de la disposición de una ausencia de humor. En la cotidianidad la presencia puede 'sufrir' de estupidez, puede ahondar en su estupidez o escapar de ella, buscando una nueva dispersión para hacer frente a la dispersión en los negocios y tareas. Mas la existencia también puede adiestrar, pero nunca apagar, lo cotidiano en el instante y, sin duda, apenas 'por un instante'". (Heidegger, 2001, p. 173-174)

Aquello que en la interpretación de la presencia de hecho es *ónticamente* tan conocido que ni siquiera le damos atención abriga, ontológicamente, muchos enigmas. Es *apenas aparentemente* que el horizonte "natural", tomado como primer punto de partida de la analítica existencial de la presencia, es *evidente*. "Mas, en el fondo, el término cotidianidad nada más pretende indicar que la temporalidad es la que posibilita el *ser* de la presencia. Y, por lo tanto, solamente en el ámbito de la discusión de

<sup>2</sup> El quién no es éste o aquél, ni el propio de lo impersonal, ni algunos y mucho menos la suma de todos. El "quién" es lo neutro, lo *impersonal*.

<sup>3</sup> Ese ente que cada uno de nosotros somos y que, entre otras, posee en su ser la posibilidad de cuestionar, lo designamos con el término de presencia

<sup>4</sup> Conocemos como publicidad al espaciamento, la medianidad y el nivelamiento que constituyen como modos de ser de lo impersonal. Éste rige, ya desde siempre, toda y cualquier interpretación de la presencia y del mundo, teniendo razón en todo. Lo impersonal se encuentra en todo lugar, mas se escabulle cuando la presencia exige una decisión.



principio del sentido del ser en general y de sus posibles derivaciones que se podrá conceptualizar, de forma suficiente, la cotidianidad". (Heidegger, 2001, p. 175)

### La perspectiva de lo cotidiano y Enfermería

Las diferentes perspectivas ya consideradas apuntan muchas veces a diversas dimensiones del actuar de la (del) enfermera(o), tomando en cuenta el día a día, las experiencias y vivencias de ellas y ellos y sus competencias. Por ejemplo, en la perspectiva de Lalive Dépinay orienta mucho hasta el trabajo comunitario, es decir de enfermería en salud colectiva, ya que considera el fenómeno social en una determinada realidad y donde la tarea más importante es la descripción de actos, conocimientos, sentimientos, comportamientos del grupo de personas consideradas como grupo social, además de lo individual. Como la enfermera tiene que trabajar no sólo con pacientes individuales, sino con familias, con grupos comunitarios, aun con el equipo de enfermería mismo, esta perspectiva es necesaria para mejorar su trabajo y encaminar otras posibilidades de acción. Además de eso, la enfermera debe considerar al grupo como una célula de la sociedad que transmite creencias, hábitos, costumbres, tradiciones, muchas expresiones de cultura y transcultura, que la obligan a optar por una estrategia que le permita integrarse con los grupos y la comunidad para comprender su cultura y sus diversas manifestaciones.

En la investigación en Enfermería tenemos algunos ejemplos de aplicación de estas perspectivas, como en el caso de Madeleine Leininger (1985), quien inició la investigación etnometodológica en enfermería partiendo de sus conocimientos en etnografía, desarrollando estudios no sólo en el trabajo de campo, sino en hospitales y en casas de reposo. Para algunos críticos el desarrollo de estas investigaciones pueden ser consideradas como socio-antropológicas, para otros como investigaciones etnográficas sin embargo, por el uso de la observación participante y el trabajo de campo que hace el antropólogo y el ámbito de estudio de este profesional, no se puede considerar como tal, por eso lo denominamos etnometodológico, ya que no es campo de enfermería.

En el caso de la perspectiva de Maffesoli, la idea principal es reconocer el estilo de lo cotidiano y cómo éste es caracterizado en una determinada época. Al respecto, creemos que la aplicabilidad de este enfoque, se da en la educación en salud o en los programas de promoción de la salud, según sea la percepción de la investigadora o investigador o de la/del enfermera/o. En cuanto a la perspectiva de este investigador, no es muy conocida en Latinoamérica, pero hay algunas investigaciones sobre lo cotidiano en poblaciones marginales y los estilos de salud y educación de las mismas. Ya en el campo de enfermería su aplicabilidad se puede dar en los estilos de cuidar/cuidados en lo cotidiano de enfermería, referido a la condición de salud y bienestar del paciente, familia o grupos comunitarios, en determinados estadios de la vida personal, grupal o comunitaria. O a eventos de vida que ocurren en un determinado grupo de personas.

Hay que tomar en cuenta, que muchas enfermeras e investigadoras se ocupan del objeto de la Enfermería, y en la búsqueda de mejorar aquél, se han utilizado conceptos provenientes de científicos sociales y humanistas, mas aún las ideas de Maffesoli no han sido muy utilizadas en Enfermería, no obstante pueden dar muchas ideas no sólo para mejorar el objeto de la Enfermería, sino el de la práctica misma.

Al respecto de la concepción de lo cotidiano según Agnes Heller, muchas de sus ideas han sido trabajadas en educación, por extensión podemos hablar también de la aplicación en la educación en

Enfermería o en la educación en salud. Muchos científicos sociales han aplicado las ideas y conceptos de Heller a su campo de estudio. Hay otro estudioso francés que aún aplica las ideas en lo cotidiano en la perspectiva marxista: Henri Lefebvre, ambos comparten el mismo referencial, con excepción de Agnes Heller, que es representante de la escuela de Budapest. Interesa para Enfermería, según este punto de vista, los mecanismos por los cuales se puede considerar la cuestión: ¿cómo es lo cotidiano en Enfermería? o ¿qué es lo cotidiano en enfermería? y las diferentes maneras como se reproduce el cuidar/cuidados entre enfermeras, entre enfermeras con el equipo de Enfermería y entre enfermeras con los pacientes (no sólo individual, sino familiar y comunitario inclusive).

En cuanto a las ideas de Michel de Certeau sobre la invención de lo cotidiano, es importante tomar en cuenta uno de sus conceptos: el poder. Algunas investigaciones que se realizaron en la Escuela de Enfermería Anna Nery (Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil) han aplicado los principales conceptos especialmente a la salud mental comunitaria, además de describir lo cotidiano de enfermería desde esta perspectiva.

Otra óptica interesante es la de Ivone Gebara: la espiritualidad en lo cotidiano. Si bien es cierto que la Enfermería poco o ninguna cuestión ha desarrollado en el campo de la teología, no quiere decir que no sea aplicado a lo cotidiano de su quehacer, especialmente en aquellas enfermeras que abrazan la carrera religiosa, o al contrario, religiosas que abrazan la profesión de Enfermería. Un ejemplo tenemos en enfermeras norteamericanas que son religiosas y que han desarrollado un marco teórico de Enfermería humanística (Sister Karen Black, por ejemplo), o como la teoría de adaptación de Sister Callixta Roy, 1999<sup>5</sup>.

En el caso de la cotidianidad según Heidegger, es lo más investigado, al menos en la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, y en Brasil, en general, muchos de los conceptos de Heidegger y sus dimensiones han sido trabajadas como lo cotidiano, la angustia y la muerte. Su aplicabilidad al quehacer de Enfermería ha sido demostrada en diversas áreas, como por ejemplo en salud de la mujer, salud del trabajador, salud colectiva, salud del niño; oncología, quimioterapia y en pacientes colostomizados, por citar algunos casos.

La influencia de la ontología fundamental de Heidegger para orientar y reorientar los cuidados de Enfermería es grande, e implica otra dinámica en el trabajo de Enfermería y otra manera de concebir al ser humano, inclusive. La profundización en las investigaciones y al considerar al ser dentro de ese horizonte de conocimiento son significativas no sólo para el desarrollo de la práctica de la Enfermería, sino para la epistemología, la academia y la cultura de clase.

## **Consideraciones finales**

Llegado a este punto, debemos reflexionar acerca de la trascendencia de lo cotidiano para la práctica de la Enfermería; no es casualidad, el camino del *sensus communis* al *sensus strictus* es casi un *continuum*. Lo cotidiano representa una fuente inagotable de recursos, ideas, cuestionamientos, paradigmas,

---

<sup>5</sup> En este caso es una teoría que no considera los principios teológicos, sino los conceptos de la teoría general de los sistemas y teoría del stress, entre otros, sólo que para el presente caso se citó porque la autora es enfermera además de religiosa.

## REFLEXIÓN

comportamientos, idas y retornos, conocimientos, sentimientos, experiencias y vivencias; cada uno de ellos es significativo en ese nuevo mirar; en cuanto al pensamiento heideggeriano esa nueva visión convierte lo cotidiano en no cotidiano, ese aspecto relevante sale de lo cotidiano y se transforma en trascendental, en nuevo conocimiento, y va a incrementar y renovar la práctica de la Enfermería hasta retornar nuevamente en cotidiano.

Estas posibilidades se incrementan mucho más con la investigación cualitativa, que según Lüdke y Menga (2003):

“...nos proporciona una riqueza de informaciones, ya que el ambiente natural y su fuente de datos es el investigador como su principal instrumento; además, los datos obtenidos son predominantemente descriptivos, por lo mismo que el material obtenido es rico en descripciones de personas, situaciones, acontecimientos; aunado a esto, la preocupación con el proceso es mucho mayor de lo que con el producto, ya que lo que interesa al estudiar un determinado problema es verificar cómo éste se manifiesta en las actividades, los procedimientos y en las interacciones cotidianas. Al considerar los diferentes puntos de vista de los participantes, la investigación cualitativa permite iluminar el dinamismo interno de las situaciones, generalmente inaccesible al observador externo”... (p. 11-12).

...Ventajas que no se pueden conseguir con la investigación cuantitativa. La trayectoria metodológica en la perspectiva heideggeriana por ejemplo, provoca, motiva, reflexiona, ocupa y preocupa para una mayor profundidad en la investigación y en el conocimiento.

El nuevo conocimiento en enfermería a partir de una valorización de lo que se vive, de cómo se vive, de lo que se hace para sí y para otros, los clientes, el cuidar/cuidados crea la necesidad de comunicar y difundirlo, abre perspectivas no sólo en los sectores de la academia, sino en los sectores de la asistencia; tanto en los niveles de postgrado, de especialización como en los niveles de pregrado. “Caminante no hay camino, se hace camino al andar...”. (Machado)

## Referencias bibliográficas

- Carvalho, M., & Netto, J. (2000). *Cotidiano: conhecimento e crítica* (5ª. ed.). São Paulo: Cortez.
- De Certeau, M. (1994). *A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer* (7ª. ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Duarte, N. (2001). *Educação escolar, teoria do cotidiano e a escola de Vigotski* (3ª. ed.). Campinas, São Paulo: Autores Associados.
- Gebara, I. (2002). *Una espiritualidad en lo cotidiano*. Traducción de José Luis Burguet [versión online]. Consultado Octubre 21, 2002, en [http://www.dominicos.org/cidal/alternativas/alt14/ivone\\_gr14.htm/](http://www.dominicos.org/cidal/alternativas/alt14/ivone_gr14.htm/).
- Heidegger, M. (2001). *Ser e Tempo. Parte II* (8ª. ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Heller, A. (1970). *O cotidiano e a história* (6ª. ed.) São Paulo: Paz e Terra S.A.
- Inwood, M. (2002). *Dicionário Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Japiassú, H., & Marcondes, D. (1996). *Dicionário básico de filosofia* (3ª. Ed). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Lalive Dépinay, C. (2000). *A vida quotidiana. Tentativa de construção de um conceito sociológico e antropológico*. Paper. Suiza: Universidade de Genebra.
- Leininger, M. (1985). *Transcultural Nursing: Concepts, theories and practices*. New York: Wiley.
- Lüdke, M., & Menga, A. (2003). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Ltda.
- Maffesoli, M. (1995). *A contemplação do mundo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Roy, C. (1999). *The Roy Adaptation Model*. (2nd Edition). USA: Prentice Hall.
- Sánchez, P. A. (1994). *Diccionario Básico de la Lengua Española* (7ª. ed.). Madrid: Sociedad General Española de Librería S. A.

---

**Correspondencia a:** Carlos Alberto Tello Pompa. Profesor Principal a Dedicación Exclusiva, Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Doctorado en Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil. Dirección: Jr. Bolívar 391. Trujillo, Perú. Teléfono: 00 51 44 290529. E-mail: catellop@peru.com.

Elisabete Pimenta Araújo Paz. Doctora en Enfermería, Profesora Adjunta. Departamento de Salud Pública de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil. Dirección personal: Rua Ribeiro Guimarães N° 35 Bloco 4. Dpto. 206. Tijuca, Río de Janeiro. Brasil. CEP 20511-070. Teléfono: 00 55 21 38727201. E-mail: betepaz@terra.com.br

Ívis Emília de Oliveira Souza. Doctora en Enfermería, Profesora Titular. Departamento de Salud Materno Infantil de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil. Dirección Institucional: Rua Afonso Cavalcanti N° 275. Cidade Nova, Rio de Janeiro. Brasil. CEP 20.211-110. Teléfono: 00 55 21 22938098. E-mail: ivis@superig.com.br

## Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional<sup>1</sup>

### *Ways of Knowing in Nursing: Theoretical support of professional practice*

M. Soledad Rivera

*Enfermera, Magister en Salud Pública, Doctora en Filosofía de Enfermería. Profesora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

---

**Resumen:** Se analiza la interrogación explicativa y comprensiva de los fenómenos que interesan a Enfermería como disciplina y profesión del Cuidado en Salud. Se examinan los patrones de conocimiento que se aplican en Enfermería propuestos originalmente por la Dra. Bárbara Carper en 1978, según la mirada de las doctoras Peggy Chinn y Maeona Kramer en 1995: patrón de conocimiento ético, estético, personal y empírico. Se analizan críticamente y se agregan otros patrones de conocimiento que Enfermería aplica como es el sociocultural, y el no-conocer (unknown). Se concluye que el estado actual del desarrollo de Enfermería como disciplina, revela la complejidad de los saberes que sustentan la acción profesional y plantea la necesidad de que las enfermeras tomen conciencia de estas dimensiones epistemológicas del cuidado, a fin de hacer posible y visible su contribución específica a la sociedad en la satisfacción de las necesidades de cuidados comprensivos e integrales de la salud.

**Palabras Clave:** Enfermería, patrones de conocimiento, saber científico, saber ético, saber estético, saber personal, saber sociocultural y no saber.

**Abstract:** This paper presents a synthesis of the explicative and comprehensive questioning process to nursing phenomena as a discipline and profession of human health care. Present each pattern of knowledge originally described by Barbara Carper as is view by Peggy Chinn and Maeona Kramer, in 1995: empirical, ethics, aesthetics, personal knowing and adds transcultural knowing and unknown. Suggests that the actual state of development of the discipline of Nursing, shows the complexity of patterns of knowing that support professional action and adds the need that nurses must be aware of them as epistemological dimensions of Nursing Care, so it is possible to make visible social contribution of Nursing

**Key Words:** Nursing, Patterns of knowledge, scientific knowledge, ethical knowledge, aesthetical knowledge, personal knowledge, transcultural knowledge, unknowing.

---

<sup>1</sup> *Horizonte de Enfermería, 14, 2003.*

## **Introducción**

La discusión sobre la identidad de Enfermería como ciencia, como arte o como tecnología ha estado y está siempre presente en los foros de la profesión. Se trata de un asunto fundamental sobre el que no existe consenso, como lo revela la literatura. Los espacios de reflexión que se abren en los programas de postgrado en Enfermería permiten este tipo de discusión sobre lo que podría ser la naturaleza epistemológica de la Enfermería, y con ello abren al diálogo dimensiones impensadas de lo que ha sido a través de la historia de los cuidados, desde una condición humana, un servicio caritativo de religiosas y religiosos, hasta una profesión y disciplina.

El desafío de pensar la Enfermería como campo de saber y no sólo como un conjunto de prácticas de cuidado, fue tomado por las enfermeras norteamericanas en los 50, quienes a propósito de sus estudios de Doctorado, comenzaron a construir teorías de Enfermería interrogando los fenómenos de la profesión desde dos grandes miradas: la interrogación explicativa de las ciencias, como la biomédica y la interrogación comprensiva de las ciencias humanas psicosociales y antropológicas. Sin embargo, aunque estas teorías siguieron el camino de la racionalidad lógica positivista en su construcción, todas integraban ambas formas de percibir la realidad de la salud humana. El costo de esta integración teórica ha sido la imposibilidad de demostrar la contribución única que ellas hacen al campo del saber de las ciencias de la salud tradicionalmente reconocidas como tales. Pues si bien en la práctica las enfermeras cuidan la salud de las personas, y lo humano, de hecho, es un todo único inseparable, para construir saber sobre ese cuidado humano es necesario aislar fenómenos que sean susceptibles de ser estudiados con los métodos que existen para hacerlo; y en ese intento, Enfermería ha tenido que hacer concesiones, como todas las ciencias humanas: separar, aislar y fragmentar aquellos fenómenos que se han ido pensando como propios de la profesión. En este camino muchas veces se ha perdido la ruta y muchas enfermeras terminan investigando fenómenos biomédicos, epidemiológicos, o de salud pública en general, cuyos resultados constituyen un aporte positivo a la sociedad, pero no ayudan necesariamente al crecimiento del saber propio que fortalece la identidad profesional. Ambos caminos son válidos, por supuesto, pero es necesario distinguirlos.

Otro aspecto muy importante a considerar es que todas las teorías de Enfermería, reconocidas como tales, han sido construidas por enfermeras norteamericanas y canadienses desde sus propias miradas epistemológicas, que están influidas por su cultura (Meleis, 1987). Por otro lado, los significados atribuidos a salud, a enfermedad y cuidado, porque son fenómenos humanos, varían según los significados atribuidos a esos fenómenos en los universos culturales en los cuales se desarrollan las personas. Se podría decir que en el estado de formulación actual de las teorías, ellas sólo son proposiciones de valor lógico y de sentido para la práctica de Enfermería en la cultura anglosajona y en sociedades de cultura similar, pero no son generalizables a las culturas hispanas, pues sólo han sido parcialmente testadas (White, 1993). Quizás sea esta una de las razones por las que las enfermeras clínicas no aplican teorías de enfermería en su quehacer diario y las que lo hacen, es por razones académicas, de docencia o de investigación.

Para aplicar una teoría construida en una cultura anglosajona a los contextos socioculturales chilenos, es necesario adaptarla, lo que implica modificarla y testarla. Este camino lo ha recorrido la Escuela de Enfermería de la PUC con la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, y en más de 20 años, aún presenta dificultades de formulación conceptual y son muy reducidas las poblaciones en las

## REFLEXIÓN

que ha sido demostrado que autocuidarse es mejor que ser cuidado de otra manera. No obstante lo anterior, el cuerpo de conocimientos teóricos que sustenta Enfermería como disciplina es dinámico y espera por nuestra contribución.

Como *profesión*, Enfermería está interesada en prescribir cursos de acción para el fomento, prevención y recuperación de la salud, a partir del conocimiento de enfermería y de las ciencias que ayudan a comprender la salud. Desde esta dimensión, enfermería se moviliza para actuar socialmente y garantizar a la población cuidados de salud de excelente calidad. Esta acción la realiza junto al equipo de salud, contribuyendo con su acción específica. Recientemente en Chile se ha reconocido legalmente el campo de acción profesional en el artículo 113 del Código Sanitario (1997) como:

*“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades y lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”.* Art. 113, Código Sanitario, República de Chile

Este paso está dando lugar a la emergencia de un movimiento social al interior de la profesión para repensar el rol profesional autónomo que le corresponde a Enfermería en Chile.

La dimensión de Enfermería como *disciplina*, se entiende como el cuerpo de conocimientos propios construidos en modelos y teorías que fundamentan la acción profesional. La disciplina de Enfermería se interesa en construir conocimiento acerca de los fenómenos relacionados con el *Cuidado de la Salud* de las personas enfermas y sanas (Chinn, 1997). Estas concepciones de Enfermería se comparten en todo el mundo, están publicadas por el International Council of Nursing (ICN) y cuando un grupo comparte conceptos centrales relativos a los fenómenos de los que se ocupa como profesión y lo hace haciendo explícitos los modos de producir esos conocimientos respecto de los fenómenos esenciales, se llaman *disciplinas*.

Aclarado lo anterior, es posible entonces que ahora nos ocupemos de desvelar un poco las formas de producir conocimiento en Enfermería, es decir los modos de pensar desde el *ser disciplinario* de Enfermería. Para ello recurriré a algunas epistemologías de Enfermería cuya contribución ha servido de estímulo para movilizar el pensamiento desde el paradigma ontológico de las ciencias experimentales o positivismo (que todavía es enseñado y valorado como único modo de construir conocimiento de la realidad) hacia paradigmas comprensivos más complejos, pero sin duda más significativos a la hora de pensar desde la naturaleza y práctica de la Enfermería.

¿Cuáles son algunos de los patrones de conocimiento que Enfermería aplica tanto en su acción profesional como en la interrogación de los fenómenos que reconoce de su interés investigar? Es esta la pregunta que responderemos basadas en el desarrollo del pensamiento fundamental de algunas doctoras en Enfermería norteamericanas, canadienses y brasileñas. La gran pregunta que subyace a estas inquietudes es ¿Qué saber construye Enfermería? ¿Cuál es el camino que Enfermería ha seguido para construir su saber propio? ¿Existen formas reconocibles de pensar y producir conocimiento en Enfermería? las(os) Enfermeras(os) son miembros de equipos de salud que trabajan con otros profesionales y personal de salud, en los cuales cada uno aporta su especificidad no sólo de disposición, mas de pensamiento y acciones concretas. Enfermería hace su aporte allí todos los días: ¿pero está contribuyendo consciente de lo que piensa y cómo lo piensa y para qué lo piensa?

Para contribuir con ideas propias es necesario ser conscientes del saber que sustenta la práctica y de la forma que ese saber es construido a fin de exponerlo a la interrogación constante, en la procura por nuevos y mejores conocimientos y dejar una senda para los otros que vienen. El saber que se enseña en salud es un saber aplicado, tradicionalmente biomédico. Sin embargo, en esa misma práctica, se traen múltiples saberes de otra naturaleza que son inconscientes. Hacerlos conscientes es un paso fundamental para apropiarse de ellos, reflexionarlos, evaluar cómo nos están ayudando a servir mejor a la sociedad desde el rol profesional y si no lo hacen, dejarlos para construir otros. Este proceso reflexivo es un paso fundamental para la profesión de Enfermería hoy, que más que nunca desea hacerse visible para la sociedad a partir de su contribución específica.

## **Formas de conocer en Enfermería**

Según las doctoras Peggy Chinn & Maeona Kramer (1999), en cada campo de saber se desarrolla un determinado tipo de conocimiento y se establece la manera cómo ese conocimiento debe ser organizado, contrastado y aplicado. El cuerpo de conocimientos que sustenta la racionalidad de Enfermería tiene ciertos patrones, formas y estructuras que caracterizan maneras de pensar sobre los fenómenos que interesan a la mayoría de los miembros de la profesión.

Bárbara Carper (1986) realizó un análisis de contenido conceptual y sintáctico del cuerpo de conocimiento que servía de fundamento a la práctica de Enfermería de la época e identificó que ellos tienen patrones, formas y estructuras que sirven de horizontes de expectativas y ejemplifican modos característicos de pensar acerca de los fenómenos. Como profesora de Enfermería, motivada por la necesidad de estructurar el currículum, explicita que entender estos patrones es esencial para la enseñanza y aprendizaje de la enfermería. Carper identificó cuatro patrones de conocimiento, que se distinguen de acuerdo al tipo de significado lógico. Ellos son:

- Conocimiento Empírico, la ciencia de Enfermería
- Conocimiento Estético, el arte de Enfermería
- Conocimiento Personal, autoconocimiento y uso terapéutico de sí
- Conocimiento Ético, el componente moral de Enfermería

Un aspecto notable en las conclusiones de Bárbara Carper es que enfatizó que estos patrones de conocimiento coexisten en los momentos de cuidado, es decir, no son mutuamente excluyentes, al contrario, aparecen complementándose e integrados la mayoría de las veces, dando un fundamento a esa afirmación que se hace en Enfermería respecto a la intención de proporcionar *cuidados integrales* de las personas, familias y comunidades. Así como se pretende cuidar integralmente, también se pretende saber y construir conocimiento integral y en este artículo, este tipo de saber se denomina *comprendivo*.

### *Patrón de conocimiento empírico: la ciencia de Enfermería*

El término Ciencia de Enfermería ha sido poco usado en la literatura de Enfermería hasta 1950, año en el que se publicó la que se considera la primera Teoría de Enfermería, la *Teoría Interpersonal de la Enfermería*, de Hildegard Peplau, primera enfermera que escribe y publica una visión de Enfermería



## REFLEXIÓN

después de siglos de silencio, desde Florence Nightingale (Peplau, 1952, 1990). Es decir, el primer intento teórico de la Disciplina de Enfermería sólo tiene 51 años.

La Ciencia de Enfermería sustenta el saber obtenido por el estudio de fenómenos por medio de la aplicación del método científico para describir, explicar y predecir fenómenos de interés para la disciplina de Enfermería a fin de controlarlos mediante alguna acción. Este saber se organiza en cuerpos conceptuales y teorías con el propósito de prescribir esos cursos de acción a partir de ese conocimiento, para modificar la realidad, mejorando la calidad de vida de las personas en lo que respecta a su salud.

De acuerdo con Chinn & Kramer (1999), desde el punto de vista del *cuidado de Enfermería*, el patrón de conocimiento empírico permite responder preguntas como: ¿Qué es el cuidado de Enfermería? ¿Cómo es que el cuidado funciona? Podríamos agregar preguntas como ¿Cuáles son sus efectos? ¿Cuál es su efectividad? ¿Cuál es su eficacia? ¿Cuál es su costo-beneficio? La perspectiva para interrogar la realidad desde este patrón de conocimiento, está enraizada en el interés del investigador por encontrar *explicaciones y poder predecir y controlar* las mejores prácticas de cuidado. El saber resultante es organizado en modelos teóricos.

Según Carper (1986), la mayoría de los esfuerzos en desarrollar teorías e investigaciones, se centran en construir explicaciones sistemáticas y controlables por evidencia factual y que pueden ser usadas en la organización y clasificación de conocimiento. El patrón de conocimiento que es clásicamente designado como "*Ciencia de la Enfermería*", no exhibe en el presente, el mismo grado de integración abstracta de sus enunciados y explicaciones sistemáticas, características de las ciencias más maduras, a pesar de que la literatura de Enfermería refleja esto como un ideal. (Pediani, 1996)

Se puede argumentar que entre los marcos conceptuales de Enfermería, existen algunos que parecen tener más potencial para proveer explicaciones que permitan observar sistemáticamente determinados fenómenos, analizarlos, predecirlos y finalmente controlarlos. Ello debe ser demostrado mediante la confirmación de hipótesis que determinen la validez de esos conceptos explicativos. (Meleis, 1985)

Las representaciones de la salud, desde la Enfermería, como algo más que ausencia de enfermedad, ha sido una contribución que ha generado cambios cruciales porque permite pensar la salud como un estado dinámico o proceso, caracterizado por cambios en los periodos de vida y variaciones de acuerdo a las circunstancias, en vez de una entidad estática. (Meleis, 1987, Elsen, 1984)

El descubrimiento de que se puede conceptualizar la salud como un continuum, ha llevado a observar, describir, y clasificar variaciones en salud o niveles de bienestar como expresiones de la relación de los seres humanos con sus ambientes internos y externos. La investigación ha identificado respuestas conductuales, tanto psicológicas como fisiológicas, que pueden servir de base para inferir los rangos de las variaciones normales en salud. Ha permitido también identificar y categorizar factores etiológicos significativos que sirven para promover o inhibir cambios en los estados de salud, como son los estilos de vida. (Meleis, 1987, Elsen, 1984)

La ciencia de Enfermería actualmente exhibe características propias de la historia de la investigación y sobre el estado de deducción de las teorías formuladas. Su tarea es la descripción y clasificación de los fenómenos de Enfermería que son directamente observables y mensurables.

Así, el primer patrón de conocimiento en Enfermería es empírico, factual, descriptivo y finalmente dirigido a desarrollar explicaciones abstractas y teóricas. Es formulado discursivamente y es

públicamente verificable. La Enfermería que se desarrolla siguiendo este patrón empírico de conocimiento, lo hace siguiendo el paradigma positivista que cree que datos objetivos, medición, y generalización, son esenciales para generar y diseminar el saber. (Chinn & Kramer, 1999)

### *Patrón de conocimiento estético: el arte de Enfermería*

La discusión de lo que es el *Arte de Enfermería* ha evolucionado desde las creencias de que arte significaba todo aquello que se aprendía durante la práctica como experiencia, como aprendizajes asociados a los modelos de imitación y adquisición de conocimiento por acumulación de experiencias no racionales, sin embargo, la dimensión estética del conocimiento de la Enfermería es rasgo de la esencia de la naturaleza de la disciplina. (Chinn, Meave & Bostick, 1997).

Desde la mirada de Chinn & Kramer, (1999), si se establece una comparación entre el significado de lo *estético* versus lo *científico*, encontramos que el arte es expresivo mientras la ciencia es formal (lógica) y descriptiva. Lo estético se experimenta, envuelve la creación, la apreciación de lo singular, de lo particular, de la expresión subjetiva de posibilidades imaginadas o realidades equivalentes que no pueden ser comunicadas reducidamente sólo a través de formas discursivas como son el lenguaje hablado y escrito, (aunque la poesía si es una forma estética de expresión de experiencias complejas). El conocimiento obtenido por la ciencia empírica es descriptivo y comunicado discursivamente en forma lógica, mientras el conocimiento estético es considerablemente más amplio que nuestro discurso verbal, racional, lógico, porque el arte no es lógico.

Chinn & Kramer, (1999) citan a Wiedenbach, quien en 1964, afirmaba que el arte de la Enfermería se hace visible a través de la acción tomada para proveer lo que sea que el paciente requiere, para restablecer o extender su capacidad de enfrentar (copy) las demandas de su situación. La acción tomada para que tenga una cualidad estética, requiere la activa transformación del objeto inmediato –la experiencia del consultante– en una percepción inmediata directa de lo que es significativo para él. Esto es identificar qué necesidad está actualmente siendo expresada a través de su expresión, pero esta percepción de la necesidad expresada no es la única responsable de la acción tomada por la enfermera, pero se refleja en ella. (Cipriano, Merkle, & Sorrell 1995)

El proceso estético descrito por Wiedenbach se complementa con lo que Dewey (1958) refiere como diferencia entre reconocer y percibir. Reconocer sirve al propósito de identificar y se satisface cuando un nombre es usado para señalar aquello, normalmente sustentado en estereotipo previo de algún esquema de clasificación. En cambio percepción va más allá de reconocer, incluye tomar conciencia de los mundos de detalles y significados para aprehender y mirar qué es lo que hay ahí, en sus múltiples manifestaciones. (Chinn & Kramer, 1999)

Dorotea Orem (1971, p. 155), autora del modelo de Autocuidado en Salud, describe el arte como “*aquel que la enfermera expresa a través de su creatividad y estilo en diseñar cuidados efectivos que satisfacen las necesidades de los clientes*”. Para ella, arte es la capacidad de actuar conscientes de que el resultado ya viene incluido en el tipo de acción elegida. Para esta autora, la *capacidad empática* es un modo importante de expresión del patrón estético de conocimiento: “...la capacidad de participar en la experiencia vicaria de los sentimientos del otro...” permite tener acceso a conocer al otro en su singularidad; entonces, mientras más hábil una enfermera llega a ser en percibir y empatizar con la experiencia afectiva de otros, más conocimiento se obtiene para comprender los diferentes modos de

enfrentar la realidad de las personas. La enfermera aprende a enfrentar lo ambiguo, lo caótico y sin límites, aprende a elegir caminos para explorar el mundo del otro y no se conforma con respuestas preconcebidas. Significa aumentar la percepción de la variedad de experiencias humanas subjetivas, lo que aumenta la complejidad de las decisiones a tomar. El diseño del cuidado de Enfermería debe ser acompañado de un sentido de “estructura, de articulación, en un todo (whole) resultante y de las relaciones entre factores de mutua dependencia, o más precisamente, el modo como el todo se expresa en su integralidad.

Según Chinn & Watson (1994), *“en la práctica de Enfermería, el saber estético es expresado a través de aquellos actos que sirven para transformar una experiencia desde lo que es en el presente, para lo que es posible que sea en un futuro. La enfermera moviliza, a través de la experiencia artística, a la persona desde los límites de la enfermedad y desafíos para la salud hacia experiencias de curación/sanación y nuevas posibilidades.”*

Según esta autora, el patrón estético de conocimiento, responde preguntas como, ¿qué transformación se lleva a cabo en el proceso de cuidado?, ¿cuáles son los significados de cuidar para la enfermera?, ¿cuales son los significados que el enfermo atribuye a ser bien cuidado? Estas preguntas sólo pueden ser respondidas a través de estudios que aplican métodos cualitativos de investigación y algunas teorías actuales de Enfermería reflejan muy bien este patrón estético del conocimiento como la Primacía del Cuidado, de Patricia Benner & Wrubel, J. (1989) y Enfermería: filosofía y ciencia del cuidado, de Jean Watson, (1988, 1996). En Brasil, este patrón se ha desarrollado fuertemente desde la década del 80, como lo revelan las publicaciones de las últimas décadas. (Vaccari, 1997; Neves & Da Silva 1998)

### *El patrón de conocimiento personal*

Toda acción de Enfermería se da a partir de lo que se es, de lo que se desea y de lo que se sabe en una relación interpersonal. Entender y percibir los significados particulares de las experiencias de las personas sobre su proceso de ser saludable, de bienestar, de sufrimiento, de impotencia, de angustia durante la enfermedad y en las transiciones de la vida, implica un acto personal. (Rivera, 1999). El uso terapéutico de sí mismo es una meta ampliamente escrita y aceptada en la Enfermería. Peplau, en 1990, escribía *“...cuando se concibe Enfermería como fuerza de maduración y educación, las enfermeras desarrollan experiencias que promueven un aprendizaje constructivo... las funciones de las enfermeras son terapéuticas y educativas cuando inducen a las personas a desarrollar habilidades para la solución de problemas”*. (Peplau, 1990, p. 7). El cuidar concientes de sí mismo implica reconocer que la manera en que la enfermera se percibe a sí misma, afecta la manera en que percibe a los otros y aún más, implica reconocer el acto intencional de querer comprender la experiencia total del otro en el sentido que esa persona le otorga y acompañarlo. (Rivera, 1999)

El conocimiento personal concierne el conocerse, comprenderse, aceptarse y actualizarse, como lo propone Carl Rogers (1970). Durante una interacción de ayuda persona a persona, la enfermera percibe poco a poco al otro como TÚ, se va desvelando el ser del otro, sus valores y significados. Sólo a medida que la enfermera es capaz de transitar por el complejo mundo personal de sí misma, puede transitar y asomarse a dimensiones del mundo íntimo del otro. En la opinión de grandes maestros de la relación de ayuda, el proceso de autoconocimiento debe ser paralelo al de la relación de ayuda con una persona, porque sólo se puede ayudar a otro a llegar hasta el nivel de conciencia que se ha alcanzado. Jung (1998)

Siguiendo el pensamiento de Carl Jung, (1998), la autoconciencia es un proceso gradual, aquel de llegar a ser consciente de sí mismo y etapa por etapa del ciclo de vida, aprender a integrar e integrarse. El conocimiento personal se refiere a promover el todo y la integridad en el encuentro personal, el compromiso con el otro, la personalización del encuentro. El conocimiento personal se construye en el día a día de la vida, es un camino permanente de autoconciencia, construcción y reconstrucción de sí. La percepción de sí mismo se refleja en los actos, palabras y pensamientos que van constituyendo el lente por el cual observo, percibo, valoro y me comprometo en mi acción profesional. Hacerlo explícito es tarea de cada uno. El saber personal se fundamenta en el sentido profundo del yo y es comunicado a través de las acciones personales: el carisma propio, único, subjetivo. (Rivera, 1999)

Para Chinn (1997), el conocimiento personal del cuidado es la dimensión que se interroga por lo que se ha experimentado y se sabe sobre lo que se hace y cómo se ha adquirido. ¿Realizo en mi acción aquello que sé? ¿Qué he aprendido en mi vida acerca de cuidarse/cuidar a otro? ¿Qué he experimentado sobre ser ayudada, acogida, orientada y sobre ayudar, acoger y orientar a otros?

El conocimiento personal también es construido por medio de métodos cualitativo de investigación, porque desde el momento de la concepción del fenómeno a estudiar, el investigador debe ser consciente de sus prejuicios, ideas, conocimientos y valores respecto del tema en estudio, a fin de separarlas del fenómeno observado. De la misma manera, se reconoce que la elección del fenómeno a estudiar parte de una inquietud personal habitualmente fundada en la práctica, además, el investigador escoge entre las posibilidades teórico-filosóficas y teórico-metodológicas, aquellas que son coherentes a sus principios. En este camino, se reconoce que la naturaleza de la interacción humana es subjetiva, y asumirla, permite explicitar cómo ella se expresa. (Munhall, 1993)

### *Conocimiento ético: el componente moral del cuidado*

En el complejo campo de la salud se deben tomar múltiples decisiones. Estas elecciones conducen a preguntas morales fundamentales sobre acciones correctas e incorrectas en todos los ámbitos de la acción profesional: los cuidados directos de Enfermería, la docencia, la gestión, la investigación, la educación para la salud, etc. Dilemas morales que muchas veces no son resueltos por las normas de ética escritas en los códigos profesionales. (Chinn & Kramer, 1999)

Enfermería, como profesión de servicio, comparte la responsabilidad por el cuidado de la vida, aliviar el sufrimiento y promover la salud de personas, familias y comunidades. El patrón de conocimiento ético envuelve lo que debe ser realizado en un momento particular. Incluye todas las acciones voluntarias que son deliberadas y sujetas a un juicio de correcto/incorrecto, considerando juicios de valores morales en relación a motivos, intenciones, y acciones.

Toda acción de cuidado de Enfermería es elegida en relación a fines deseables y están sustentadas en normas morales, sean conscientes o no, aprendidas en la cultura. Entonces, es frecuente que se entre en conflicto ya sea por incompatibilidad moral con la ética de colegas, de miembros del equipo o con la de los pacientes.

Aristóteles afirmaba que los fines de la conducta moral, cuando arquitectónicos, no se eligen porque son dados implícitamente en la naturaleza de la acción (Aristóteles, 1996). Por ejemplo, el médico no elige *curar*, puesto que la curación sería la esencia del acto médico, del mismo modo, la enfermera no elige *cuidar*, puesto que el *cuidado* constituye la naturaleza de su acción profesional.

Pero si se eligen los fines, es posible no curar en ciertos casos, por ejemplo, discernir si desconectar al respirador a un enfermo terminal con muerte cerebral sin posibilidades de resucitación. Para Chinn y Kramer (1999), la decisión moral en estos casos límite, debería ser compartida y explicitada al menos con la familia del enfermo y el equipo profesional.

Muchos fines que son fundados en valores humanos esenciales con independencia del paciente, definen la elección de acciones de cuidados, pero es necesario compartirlos antes y durante las interacciones con el enfermo, familiares y equipo para llegar a un consenso, porque las decisiones de vida corresponden siempre al sujeto en primer lugar, que como humano es libre de decidir (Arratia, 1999). Los seres humanos creados libres son soberanos sobre su vida, durante la enfermedad y en el proceso de morir.

El patrón de conocimiento ético requiere el conocimiento de posturas filosóficas que definen lo que se considera *bueno, correcto y deseable*. Las decisiones morales a ser tomadas en procesos de salud y enfermedad, deben ser consideradas en términos de acciones específicas con respecto a situaciones concretas específicas.

Carper (1986) y Chinn (1997) afirman que el conocimiento ético no puede ser validado por métodos empíricos. Los valores éticos, son construidos y justificados entre los miembros de la comunidad profesional, a través del diálogo en conversaciones cuidadosas y deliberadas que exploren varias posibilidades para conseguir una comprensión mutua y consensual acerca de los valores y acciones profesionales.

A estos cuatro patrones de conocimiento propuestos por Carper en 1978, algunas doctoras en Enfermería e investigadoras han agregado otros, como es el conocimiento sociocultural formulado por Leininger en 1978, en Brasil fuertemente desarrollado por la Dra. Ingrid Elsen (1984) y en Chile, por la Dra. Ana María Alarcón (2002), publicado en esta misma revista como Enfermería Intercultural y la Dra. Luz Angélica Muñoz (1995).

El otro patrón descrito en la literatura es el de *no saber*, en inglés *unknown*, propuesto por la fenomenóloga Patricia Munhall en 1993, que se desarrolla cuando nos aproximamos al otro para comprender su mundo experiencial y debemos dejar entre paréntesis nuestras ideas preconcebidas.

### *Patrón de no-conocer (unknown)*

Para la enfermera fenomenóloga Patricia Munhall (1993, p. 125), las enfermeras deben aprender también a no conocer (unknown), para estar auténticamente presente para la persona a la cual otorga sus cuidados. Para esta investigadora y profesora de Enfermería, *“la literatura epistemológica de enfermería ha omitido ilustrar el poder de las percepciones individuales y las diferentes estructuras de la subjetividad que claman por un quinto patrón de conocimiento: No-Conocer”*. El estado de la mente durante el no-saber es condición de apertura, en contraste con el patrón de “conocer” es una forma de confianza que tiene inherente el estado *de lo ya sabido*. El arte de no conocer es un proceso en la propia percepción del mundo y es esencial para comprender las perspectivas de la subjetividad.

Tener conciencia de que uno no sabe algo, que uno no lo comprende todo y que en el encuentro interpersonal con los usuarios quizás emerjan aspectos que no encajan dentro de un paradigma preestablecido o teoría, es crítico para la evolución y desarrollo del conocimiento. Cuando una enfermera establece una relación con otro ser humano que sufre, colocarse internamente en posición de “yo no te conozco, no conozco tu mundo subjetivo y deseo conocerlo para ayudarte”, es un paso

fundamental para iniciar la comprensión y poder acompañar al otro en esta situación. No saber en este caso, es condición para poder entrar en el mundo subjetivo del otro. (Rivera, 1999)

Desde la otra posición, la de saber de antemano lo que podría estar pasando al otro, la enfermera lleva ya en su mente ideas preconcebidas, hipótesis basadas en conocimiento empírico, ético, personal y estético que guía sus percepciones a buscar aquello que desea encontrar: hace diagnósticos, formula intervenciones y hasta respuestas esperadas del otro. Ya sabe y al hacerlo, encamina los procesos hacia lo que cree debería ser. Esta en un estado mental predeterminado. (Rivera, 1999)

Pero los seres humanos somos más complejos que eso, y por ello para que el verdadero contacto ocurra con el otro, para poder comprender el mundo interior del otro, tal como lo construye y significa, es necesario que la enfermera sea capaz de hacer un paréntesis temporal e intencionado de sus conocimientos y perspectivas. Este proceso se conoce en fenomenología como “suspensión o reducción fenomenológica”. (Braketing)

Este proceso no es fácil, es muy complejo, pues clama por enormes grados de introspección y autoconciencia por parte de la enfermera. Es esencial comprenderse a sí mismo (a) y al otro como dos seres diferentes, uno de los cuales no conozco. Cada persona que solicita cuidados de Enfermería, tiene su propia visión de mundo, su propia perspectiva de quienes son y de su propia realidad. Cuando enfermera y persona se encuentran dos perspectivas necesitan ser reconocidas. Entonces el proceso de intersubjetividad comienza a crear el campo perceptual. (Rivera, 1999)

La intersubjetividad es el proceso que abre un espacio común entre dos personas que se revelan respecto a la organización de sus propias visiones de mundo. En cada persona, su mundo subjetivo contiene sus sentimientos, emociones, pensamientos, principios, creencias, valores, distorsiones, que ordena de acuerdo a los significados que atribuye a sus experiencias. Comprender ese mundo es el desafío para las enfermeras, y para iniciar este proceso es necesario desear conocer a ese otro tal como el otro se revela y acogerlo significa escuchar atentamente. Cuando esto ocurre durante la relación interpersonal, se va creando un espacio común, un “*campo perceptual compartido*”, en palabras de Munhall (1993), y es en este momento que el cuidado se realiza. Se produce mutualidad en el encuentro, en el cual ambos se comunican y la enfermera puede validar los significados que el otro atribuye a sus experiencias. Esto se da cuando la enfermera construye momentos de cuidado durante la relación de ayuda con aquellas personas que claman por ella en momentos críticos de su vida.

No saber y no conocer se constituye entonces, en otro patrón fundamental en el proceso de construir el cuerpo de conocimientos en Enfermería. Conocer y sistematizar ese saber es necesario, pero se trata sólo de guías. En el momento de proporcionar cuidados integrales de Enfermería, no conocer al otro es condición para la comprensión de los significados que las personas atribuyen a su experiencia ya estos guían las decisiones y comportamientos en salud. Abrirse a lo conocido es poder decir “Yo nunca pensé en eso de esa manera” e inmediatamente se inaugura la experiencia de sorprenderse por lo nuevo que el otro siempre trae, desde esta postura existencial.

## **A modo de Conclusión**

Se propone mirar los fenómenos de Enfermería desde los patrones de conocimiento que sean pertinentes a la naturaleza del fenómeno que se investiga. Ellos no son mutuamente excluyentes, sino dimensiones integradas del fenómeno de cuidar la salud de las personas.

## REFLEXIÓN

Cuidar a otros en su salud, en su sufrimiento, la enfermedad, crisis evolutivas y transiciones como el climaterio, el nacimiento y la muerte, implica asumir la integralidad y complejidad inherente a estos procesos. Complejidad de la naturaleza de los fenómenos, de la forma de construir conocimiento acerca de ellos y de las prácticas de cuidado. Enfermería debe aplicar varios métodos de saber y de hacer. Saber basado en evidencia científica y saber estético, saber ético, saber sociocultural, saber basado en la propia experiencia consciente y elegir a veces, no saber.

Si Enfermería aspira a ser una profesión reconocida socialmente, debe hacerse visible a través de la publicación de los resultados de sus investigaciones y reflexiones apoyadas en fuentes teórico filosóficas y teórico metodológicas explícitas. Debe hacer el esfuerzo de hacerse visible por su contribución específica a la salud, que tiene más relación con esta mirada compleja que con la simplificación.

Esta mirada nos invita a interrogar la realidad y estudiarla sin huir de su complejidad: es decir formular las preguntas de investigación desde los patrones más pertinentes a la naturaleza del fenómeno en estudio y aplicar los métodos que permitan construir conocimiento acerca de ellas; sea el método argumentativo filosófico, el método científico, el fenomenológico, el etnográfico, el de la teoría fundada en los datos, el método histórico, etc. Sin duda es un largo camino por recorrer, pues implica dar otro salto en la formación de nivel de postgrado de las enfermeras chilenas. Es en este espacio que se aprende a pensar, a amar el saber construido por aquellos que nos precedieron, a aplicarlo y evaluarlo. Es en este espacio que nos formamos quienes hoy queremos contribuir con miradas nuevas al saber de Enfermería, para dar visibilidad a nuestra disciplina.

## Referencias Bibliográficas

- Alarcón, A.M. (2002). Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. *Horizonte de Enfermería*, 12, 39-45.
- Aristóteles. (1996). *Moral, a Nicómaco* (8ª ed). Madrid: Espasa Calpe.
- Arratia, A. (1997). Libre voluntad del usuario frente a la educación para la salud. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 6, 131-147.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.
- Carper, B. (1986). Fundamental patterns of knowing in nursing. Chapter 14 (pp. 252-260). In: L Nicoll. *Perspectives on Nursing Theory*. Boston: Little Brown. Co.
- Chinn, P., Maeve, M.K., & Bostick, C. (1997). A esthetic inquiry and the art of Nursing. *Schi Inq Nurs Pract.* 11, 83-96
- Chinn, P., & Kramer, M. (1999). Nursing pattern's of knowing. In: P Chinn & M Kramer. *Theory and Nursing: a systematic approach*. 5th Ed (pp. 1-19). St. Louise: Mosby.
- Chinn, P., & Watson, J. (1994). *Art and Aesthetics of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Cipriano, M., Merkle, J., & Sorrell C. (1995). From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. *Adv Nurs Sci*, 18, 1-13.
- Elsen, I. (1984) Concepts of health and illness and related behavior among families living in a Brazilian fishing village. Tesis de Doctorado en Filosofía de Enfermería, Universidad de California, San Francisco.
- Jung, C. (1998). *Aion: estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. Trad. Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes.
- Leininger, M (1978). *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley.
- Meleis, A. (1985). Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: *Anais do Simpósio Brasileiro de teorias de Enfermagem*. Florianópolis, Brasil.
- Meleis, A. (1987). Epistemology: the nature of Knowledge. University of California, San Francisco. Paper presented at 4<sup>th</sup> Annual Nursing Science Colloquium on Strategies for Theory development in Nursing IV: *Philosophy of Science and development in Nursing Science*. Boston University, School of Nursing, March, 19-20.

- Morse, J. (1988). Transcultural Nursing: its substance and issues in research and knowledge. *Curent Issues*. 129-141.
- Munhall, P. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in Nursing . *Nurs Outlook*, 41, 125-8.
- Muñoz, L.A. (1995). La enfermedad vino para quedarse. *Ciencia y Enfermería*, 1, 43-51.
- Neves, E., & Da Silva, A. (1998). O programa integrado de pesquisa cuidando y confortando: retrospectiva histórica. *Texto & Contexto Enferm*. 7, 13-35.
- Pediani, R. (1996). Chaos and evolution in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 23, 645-646.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Rivera, M.S. (1999). *Consciência de gênero na experiência de tornar-se mulher: um diálogo de Enfermagem em evolução*. (np) Tesis de Doctorado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Rogers, C., & Kinget, M. (1983). *Psicoterapia y relaciones Humanas*. Madrid: Alfaguara.
- Vaccari, P. (1997). A arte da enfermagem: efêmera, graciosa y perene. *Texto & Contexto Enfermagem*, 6, 28.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care: a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-century-Crofts.
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In: P. T. Walker., B Neuman (eds). *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration*. (pp. 141-184) New York: NLN Press.
- White, J. (1993). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Adv Nurs Sci*, 17, 73-86.

---

**Correspondencia:** *María Soledad Rivera.*

Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Campus San Joaquín  
Vicuña Mackenna 4860. Casilla 306, Correo 22.  
Código Postal: 6904411  
Santiago-Chile.  
mriverma@uc.cl  
Teléfonos: (562) 354 7269-Fax: (562) 354 7025



# Uso de gel aloe vera para la prevención de la mucositis oral en pacientes pediátricos que reciben quimioterapia: estudio piloto<sup>1</sup>

## *Use of an aloe vera gel for treating chemotherapy related oral mucositis in children with cancer: a pilot study*

Paula Vega Vega

*Enfermera Matrona. Especialista en Enfermería Pediátrica Oncológica. Instructora Asociada Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Fanny Sepúlveda Rojas

*Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica Oncológica. Unidad de Hemato-Oncología, Hospital Roberto del Río. Chile.*

Claudia Farías Mora

*Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica Oncológica. Unidad de Hemato-Oncología, Hospital Roberto del Río. Chile.*

Chery Palma Torres

*Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica Oncológica. Unidad de Hemato-Oncología, Hospital Roberto del Río. Chile.*

Sylvia Vargas Bahamondes

*Enfermera. Unidad de Hemato-Oncología, Hospital Roberto del Río. Chile.*

Sandra Castillo Soto

*Enfermera. Unidad de Hemato-Oncología, Hospital Roberto del Río. Chile.*

---

### Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la eficacia del uso de aloe vera en la prevención de la mucositis secundaria a la quimioterapia en niños con cáncer que se atienden en una unidad de oncología de un hospital público de Santiago de Chile. Se estudiaron 16 niños/as que ingresaron para recibir protocolos de quimioterapia que producen alta toxicidad en las mucosas, durante un año. Para la prevención de la mucositis, el grupo control recibió un antimicótico y un enjuague bucal con Clorhexidina, y el grupo de estudio un antimicótico y aloe vera en gel. Todos los pacientes ingresaron al protocolo con mucositis grado 0. En ambos casos la mucositis se inició en un promedio de 6 días post quimioterapia. En el grupo control alcanzó como promedio una mucositis grado III y en el grupo en estudio llegó a grado II. En ambos casos el dolor máximo alcanzado fue acorde con la mucositis. El tiempo de recuperación de la mucosa en el grupo control fue de 11 días, en cambio en el grupo en estudio fue de 7, post quimioterapia. Se concluye que el aloe vera se puede utilizar para la prevención de la mucositis en el niño sometido a quimioterapia.

**Palabras clave:** Enfermería pediátrica, aloe vera, mucositis, quimioterapia, cuidado oral.

### Abstract

The aim of this study was to establish the efficiency of a sabila gel for treating chemotherapy related mucositis in children with cancer. This randomized quantitative study was performed at the oncology unit of a public hospital during one year. This study included 16 children, whom entered to the hospital for oral mucosa high toxicity treatment. In order to prevent mucositis, the control group was treated with a fungicide and mouth rinses with Chlorhexidine, and the experimental group received sabila gel and one fungicide. All the patients started the treatment with grade 0 mucositis protocol at the beginning of the chemotherapy. The average starting rate for the mucositis was 6 days post chemotherapy. Grade III mucositis was observed in the patients of the control group, instead of the patients of the experimental group, who's reached grade II mucositis. The maximum pain was the normally expected for mucositis, in both groups. The healing rate of the mucosa was 11 days in the control group and 7 days in the experimental group, after chemotherapy. It can be concluded that the use of sabila prevents the mucositis in child with chemotherapy.

**Key words:** Pediatric nursing, oral mucositis, oral care, aloe vera.

---

<sup>1</sup> Agradecimientos a Sra. Cecilia Campos S. por revisar este trabajo, Profesora Titular. Escuela de Enfermería. PUC.

## **Introducción**

En Chile, el cáncer infantil constituye un importante problema de salud pública, dado que es la segunda causa de muerte en niños entre los 5 a 15 años (Vargas, 1998, y Fernández, 1996). En la última década se destaca un significativo avance gracias al desarrollo técnico en los métodos de diagnóstico y tratamiento, y sobre todo al trabajo cooperativo interdisciplinario creado por el Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas (PINDA).

Dentro de los avances en el tratamiento, es importante destacar el aumento en la agresividad de los nuevos protocolos de quimioterapia en uso, lo que ha llevado a una mayor preocupación por mejorar el cuidado de las complicaciones que estos protocolos generan. Es así como enfermería, durante esta década, ha buscado nuevos métodos para la prevención y manejo de esas complicaciones.

La mucositis es una de las complicaciones que más preocupa, definida como una reacción inflamatoria tóxica que afecta al tracto gastrointestinal, llegando en muchos casos a ser de grado elevado (grado IV). Esta complicación provoca dolor en el niño, incapacidad de comer debido a la disfagia, mayor número de días de hospitalización y sobre todo riesgo mayor de infecciones, incluso pudiendo presentar cuadro séptico, por ejemplo por *Candida* (Arantzamendi, 2002; Cheng, 2003; Gibson, 2003, y Giner, 2000). Las lesiones en la mucositis se deben a una acción directa de los agentes citostáticos sobre las células de la mucosa oral, lo que se suma a la mielosupresión que producen éstos (Arantzamendi, 2002). En el caso de los pacientes pediátricos, se presenta en el 50%, debido a que su recambio celular es mayor que el del adulto, y la quimioterapia se aplica con especial intensidad. (Cheng, 2003; Casas de la Cal, s.f., y Oberbaun, 1999)

Actualmente se utilizan varios medicamentos para el manejo de la mucositis en los diferentes centros oncológicos del país, entre los que destacan: antimicóticos, antisépticos bucales, emulsionados orales y analgésicos tópicos. En la unidad donde se realizó el presente estudio se han utilizado, por varios años, el antimicótico Daktarin gel, la Clorhexidina y una mezcla llamada Solución Blanca (Malox, Licocaína y un antiséptico). Durante estos años los resultados que se han obtenido, respecto a la duración y el grado de la mucositis, no difieren de lo descrito por Arantzamendi y Cheng. La búsqueda de nuevas terapias en el manejo de la mucositis permitió conocer el uso del aloe vera. Lamentablemente la experiencia en otros lugares como España, Islas Canarias, Cuba y Perú no ha sido avalada en estudios, lo que motivó a realizar un estudio piloto para evaluar la eficacia del este producto.

El aloe vera es una planta del género de las Liliáceas. Se utiliza su acíbar, el cual contiene agua, vitaminas B12, B6, B5, A, C, aminoácidos y oligoelementos, y magnesio, calcio, sodio, aluminio, hierro, plata, zinc, entre otros. Diferentes laboratorios de medicina natural han estudiado sus componentes químicos, de los cuales destacan la emolina, saponinas, mucílago, fosfato de manosa y antraquinona. (Batista, 2001; Blumenthal, 1998; Correa, 2000; Kemper, 1999; Vogler, 1999)

A pesar de las múltiples propiedades descritas del aloe vera, no se encuentran estudios que avalen su uso terapéutico, salvo un estudio realizado por odontólogos en Venezuela, los cuales señalan que los enjuagues a base de aloe vera disminuye la cantidad de placa bacteriana y la gingivitis (Villalobos, 2001). Es importante señalar al respecto que la FDA (Food Drugs Administration) en los Estados Unidos reconoce el uso externo del aloe vera en heridas. (Correa, 2000)

El objetivo general de este estudio piloto es analizar la eficacia del aloe vera en la prevención de las mucositis, secundarias a la quimioterapia, en niños atendidos en la unidad de oncología del

## INVESTIGACIÓN

Hospital Roberto del Río, comparando los resultados con los productos de uso habitual en el servicio. Entre los objetivos específicos se encuentra comparar el número de días en que aparece la mucositis post quimioterapia, la evolución de ésta y el tiempo de recuperación de la mucosa en cada uno de los grupos de estudio.

### Metodología

Se realizó un estudio experimental, durante un año (octubre 2001- octubre 2002), donde se observó la evolución de la mucositis de 16 niños sometidos a quimioterapia con alta toxicidad de las mucosas.

Para la obtención del producto en estudio nos contactamos con una empresa de productos naturales, General Natural Center (GNC), la cual proporcionó un extracto de aloe vera (acíbar al 99%), que es manipulado en forma aséptica y en envases *ad hoc*, de esta manera se evitó la manipulación durante la preparación y extracción del acíbar en forma artesanal. Este laboratorio además entregó la monografía completa del producto, certificado por un químico farmacéutico. El gel de aloe vera del laboratorio GNC no contiene glicósidos de antraquinona, los cuales son extraídos por el laboratorio en forma natural, lo que permite ser usado en pacientes con mucositis al no tener un efecto laxante.

Para la recolección de los datos se utilizó una pauta de observación, la que considera la evolución de la mucositis y el grado de dolor. La evolución de la mucositis se realizó a través de la “Escala de Grados de Mucositis” determinada por la OMS, que asigna un puntaje a los signos y síntomas que se pueden observar según la intensidad del problema (ver cuadro N° 1). La evolución del dolor que presentaba el niño se evaluó a través de la Escala de Caras de Wong y Baker en los preescolares y la Escala Visual Análoga del Dolor (EVA) en los escolares. La observación y registro de las características de la mucosa fue realizado por *episodio* de quimioterapia, desde el ingreso al protocolo de quimioterapia hasta 7 días después del alta; en caso de presentar mucositis la observación se realizaba hasta 2 días después de recuperada la mucosa.

**Cuadro N° 1:** Pauta de evaluación del grado de mucositis (OMS)

Grado	Características de la mucosa
Grado 0	Mucosa sana.
Grado I	Mucosa con eritema y úlcera sin dolor.
Grado II	Mucosa con úlcera, dolorosa, pero aún puede alimentarse.
Grado III	Mucosa con lesiones ulcerosas y placas blanquecinas. Sólo es posible la ingesta de líquidos.
Grado IV	Mucosa con lesiones que no le permiten la alimentación oral.

Para la administración de los productos se utilizó un Protocolo de Administración elaborado por las autoras. Este Protocolo de Administración contempla lo siguiente:

- 1) Grupo experimental: Se administró 1 cc de aloe vera gel +  $\frac{1}{2}$  cucharada de antimicótico (Daktarin gel) cada 6 horas, post aseo bucal. Si la mucositis evolucionaba a grado III o IV, se omitía la aplicación de la Solución Blanca y ésta era reemplazada por una mayor periodicidad de la aplica-

ción del aloe vera (cada 2 horas). Se agregó analgesia tipo AINE en mucositis grados I y II y morfina en mucositis grados III y IV, en dosis estándar. El protocolo de administración fue aplicado desde el ingreso al protocolo de quimioterapia hasta 7 días después del alta; en caso de presentar mucositis éste se aplicaba hasta dos días después de recuperada la mucosa.

- 2) Grupo control: Se administró  $\frac{1}{2}$  cucharada de antimicótico (Daktarin gel) más enjuagues con Clorhexidina, cada 6 horas, post aseo bucal, desde el ingreso al protocolo de quimioterapia, hasta 7 días después del alta. Si la mucositis evolucionaba a grado III o IV, se mantenía el antimicótico y Clorhexidina, agregándose enjuagues de Solución Blanca. Se agregó analgesia tipo AINE en mucositis grados I y II, y morfina en mucositis grados III y IV, en dosis estándar. El protocolo de administración fue aplicado desde el ingreso al protocolo de quimioterapia hasta 7 días después del alta; en caso de presentar mucositis éste se aplicaba hasta 2 días después de recuperada la mucosa.

En los niños hospitalizados la observación fue realizada por dos enfermeras, en forma separada. La pauta de observación se aplicó una vez al día, si el niño presentaba mucositis la pauta era aplicada cada 12 horas. En los niños que estaban en su casa la observación fue realizada por el cuidador, quien fue capacitado para describir las características de la mucosa, y entregar la pauta con estas descripciones, según frecuencia antes señalada; la enfermera, cada vez que el niño concurría a control, clasificaba en conjunto con el cuidador el grado de mucositis y el grado de dolor descrito. En ambos grupos la utilización de los productos comenzó al inicio del protocolo de quimioterapia, y continuó con el mismo producto en el hogar, hasta que la mucosa se regeneró. Durante la hospitalización el técnico paramédico de clínica administró los productos. Al ser dado de alta, el producto fue administrado por el cuidador.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los niños entre 0 a 15 años que ingresaron a la unidad de oncología del Hospital Roberto del Río para recibir quimioterapia. Para la obtención de la muestra se consideró aquellos pacientes que recibieron los siguientes protocolos, establecidos por el PINDA, y que para fines de esta publicación se han señalado con los siguientes nombres:

- Protocolo 1: HR1 (Vincristina, Citarabina, Metotrexato de 2 grs, Ciclofosfamida, Asparraginas).
- Protocolo 2: HR2 (Vinblastina, Daunorrubicina, Metotrexato de 2 grs, Ifosfamida).
- Protocolo 3: AA-BB (Metotrexato de 5 gramos).

Estos protocolos fueron elegidos, ya que los pacientes a los cuales se les administra reingresan en su mayoría con mucositis grados III y IV.

Dado que la unidad de análisis corresponde a cada episodio de quimioterapia recibido, la selección de los niños fue realizada en base al episodio de quimioterapia, la que se realizó en forma aleatoria, constituyéndose en 12 episodios el grupo control y 18 episodios el grupo experimental. Los padres firmaron un consentimiento para autorizar la participación de su hijo/a en el estudio. Tanto el niño como los padres y el personal conocían el protocolo utilizado, dado que ambos productos tienen presentación distinta.

Se excluyeron del estudio todos aquellos niños que no cumplieron el protocolo de observación y administración, ya sea por rechazo del propio paciente o por omisión de datos. Sólo 3 niños fueron

## INVESTIGACIÓN

excluidos por estas causas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa a Stata 7.0, con el test Kruskal Wallis, el cual fue aplicado a todos los episodios sin considerar el protocolo de quimioterapia utilizado. Se consideró significativo un valor  $p < 0.05$ .

## Resultados

Respecto a la descripción de la muestra, las edades de los niños fluctuaron entre 1 y 11 años, de los cuales 7 eran niños y 9 niñas. El total de episodios estudiados corresponde a 30, cuya distribución por protocolo de quimioterapia se puede observar en la Tabla N° 1.

**Tabla 1:** Distribución de episodios observados según protocolo de quimioterapia

Quimioterapia	Episodios Grupo Control	Episodios Grupo Experimental
Protocolo 1	4	3
Protocolo 2	3	4
Protocolo 3	5	11
Total	12	18

En relación a los resultados de los niños sometidos a protocolo 1, se encuentra:

- En el grupo experimental no hubo episodios con mucositis, en el grupo control 3 de los episodios evolucionaron con mucositis.
- La mucositis en el grupo control se inició entre los 5 a 6 días.
- Al realizar la observación al séptimo día posterior al inicio del protocolo de quimioterapia, el grado de mucositis en el grupo control fue de I y II.
- De los 4 episodios del grupo control, 3 de ellos debieron rehospitalizarse por neutropenia febril, con una mucositis de I a II.

En relación a los resultados de los niños sometidos a protocolo 2, se encuentra:

- En ambos grupos la mucositis se inició entre los 4 a 5 días.
- En el grupo experimental hubo 3 episodios de los 4 que no presentaron mucositis. En el grupo control, todos presentaron mucositis.
- Al realizar la observación al séptimo día posterior al inicio del protocolo de quimioterapia, los episodios del grupo control tenían mucositis grado II en promedio. El grupo experimental alcanzó grado I.
- La evolución de la mucositis llegó en el grupo control a grado III y en el grupo experimental se mantuvo en el grado I.
- Al hospitalizarse por neutropenia febril, 3 reingresaron dentro de la segunda semana de haber recibido la quimioterapia, y correspondían a 1 grupo de control, con mucositis grado II a III. En el grupo experimental no reingresó ningún caso.

- La EVA presentada por los niños estuvo en relación con su mucositis en ambos grupos de estudio. Con respecto a los analgésicos, 1 episodio del grupo control requirió morfina y ninguno del grupo experimental.
- Con respecto al promedio de días que demoró la mucosa oral en recuperarse posterior a la quimioterapia, el grupo control lo logró a los 6 días y el grupo experimental a los 2 días.

En relación a los resultados de los niños sometidos a protocolo 3, se encuentra:

- En el grupo experimental hubo dos episodios sin mucositis, y en el grupo control todos los episodios evolucionaron con mucositis.
- En ambos grupos la mucositis se inició entre los 6 a 7 días.
- Al realizar la observación al séptimo día posterior al inicio del protocolo de quimioterapia, los episodios del grupo control alcanzaron en promedio mucositis grado III. El grupo experimental alcanzó en promedio mucositis grado II.
- La evolución de la mucositis en el grupo control llegó a grado IV y en el experimental a grado III.
- Al hospitalizarse por neutropenia febril, todos los niños del grupo control reingresaron con mucositis grado II a III. En el grupo experimental, 8 de los 11 episodios debieron rehospitilizarse, y de ellos el grado de mucositis fue entre I a II.
- La EVA presentada por los niños estuvo en relación con su mucositis en ambos grupos de estudio. Con respecto a los analgésicos, 4 episodios del grupo control requirieron morfina y sólo 3 del grupo experimental. Todos los casos correspondieron a los niños que tuvieron mucositis grado IV.
- Con respecto al promedio de días que demoró la mucosa oral en recuperarse posterior a la quimioterapia, el grupo control lo logró a los 15 días, y el grupo experimental en 7 días.

Al considerar los 3 protocolos de quimioterapia en su totalidad, los resultados señalan:

- En el 100% de los episodios el niño presentaba su mucosa sana al ingreso de la quimioterapia.
- En ambos grupos la mucositis se inició en un promedio de 6 días.
- Al evaluar la toxicidad según el grado de mucositis que presentó el niño, el protocolo que produjo mayor toxicidad fue el protocolo 3 (valor  $p = 0,01$ )
- De los 30 episodios, 15 debieron reingresar por presentar neutropenia febril entre el cuarto y séptimo día post quimioterapia. Todos reingresaron con algún grado de mucositis. Del total de episodios que reingresaron, 9 fueron del grupo control y 9 del grupo experimental. Las diferencias en número de episodios fueron significativas entre ambos grupos, siendo más frecuente el reingreso en el grupo control (valor  $p=0,03$ ).
- El dolor que presentaron los niños estaba en relación al grado de mucositis.
- De los 12 episodios del grupo control, 6 de ellos evolucionaron a grados III y IV de mucositis. En el grupo experimental, de los 18 episodios, sólo 4 evolucionaron a esos grados. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa (valor  $p= 0,052$ ).
- Los días de recuperación fueron significativamente diferentes entre los dos grupos. El grupo control logró la recuperación en un promedio de 11 días post quimioterapia y el grupo experimental en un promedio de 7 días (valor  $p= 0,03$ ).

## Discusión

En la literatura revisada, los autores coinciden en definir la mucositis como una de las complicaciones más frecuentes de la quimioterapia. Ésta tiene una aparición post quimioterapia entre los 3 a los 5 días, con un peak entre 7 a 14 días, pudiendo evolucionar hasta un máximo de 3 semanas (Cheng, 2003). A pesar de la preocupación que existe sobre el tema, sólo se encontraron dos estudios recientes, uno de ellos conducido por el grupo de Cochrane en Salud Oral (Clarkson, 2003) y el otro por el Instituto Joanna Briggs (Blumenthal, 1998). Ambos estudios determinaron que sólo existe evidencia de que las astillas de hielo previenen la mucositis, y que el uso de factores inmunoestimulantes locales aún está en estudio. Algunas investigaciones afirman que la frecuencia y consistencia del cuidado de la mucosa oral es importante para reducir el daño en ésta, independientemente del agente en particular que se utilice. (Dodd, 1996)

Según Arantzamendi, en el desarrollo de la mucositis existen varios factores que se deben considerar, entre los que destacan: el tipo de quimioterapia, el tipo de cáncer, la edad del paciente, el estado de neutropenia y el estado y cuidado de la mucosa oral. Todos estos factores fueron considerados en el presente estudio.

Según la evidencia encontrada, los citostáticos que producen mucositis más severas serían el Metotrexato, el 5 Fluoracilo y la Doxorrubicina (Arantzamendi, 2002; Beck, 1990; Cheng, 2003; Jaxon, 1994 y Toziano, 1998), coincidentemente con lo que se ha observado en la clínica, explicando la elección de los protocolos 1, 2 y 3 del presente estudio.

Al revisar las bases de datos, se encontró un estudio realizado en Hong Kong (Cheng, 2003), en el cual compararon el manejo de la mucositis usando Clorhexidina y Benzidamina, en pacientes que recibieron Metotrexato; éste demostró que la Clorhexidina disminuía significativamente la incidencia y severidad de la mucositis oral en comparación con la Benzidamina, pero que no prevenía la aparición de la mucositis. Señalaron además que la mucositis apareció entre los 3 a 5 días, con un máximo de 10 días, con un tiempo de recuperación de la mucosa alcanzado entre los 8 a 13 días, post quimioterapia. Si lo comparamos con los resultados obtenidos en el presente estudio, el grupo control presenta los mismos tiempos, tanto de aparición como de recuperación de la mucosa.

Lo anterior nos permite realizar un análisis comparativo, ya que el grupo en estudio presentó un tiempo de aparición al sexto día, que coincide con lo señalado por Arantzamendi y Cheng, pero al analizar los datos comparando directamente la Clorhexidina con el aloe vera podemos decir que este último permitió prevenir la aparición de la mucositis en 8 episodios, que corresponden al 50% de los casos del grupo experimental, y el tiempo de recuperación fue alrededor de los 7 días post quimioterapia.

Es importante valorar la mucositis en la evolución del paciente oncológico, pues los autores coinciden que en muchos casos es fundamental disminuir tanto la gravedad como los días de evolución de ésta, previniendo así cuadros sépticos por candida o bacteremias, que pueden llevar a la muerte del niño (Arantzamendi, 2002, Cheng, 2003). Esto adquiere mayor relevancia, si consideramos que el aloe vera más el antimicótico disminuyeron en forma importante el grado máximo de mucositis alcanzado durante el período post quimioterapia, y disminuyó significativamente el tiempo de evolución de la mucositis, en comparación con la Clorhexidina.

Con respecto al aloe vera, se revisó información donde se describen el producto y sus propiedades terapéuticas en el ámbito de la medicina natural (Batista, 2001; Blumenthal, 1998; Correa, 2000;

Hicks, 2003, y Kemper, 1999), pero no existe evidencia que avale la efectividad terapéutica de esta planta, debido a la falta de investigaciones que demuestren sus beneficios. En el presente estudio se consideró el aloe vera basado en la experiencia manifestada por profesionales en centros extranjeros, donde se utilizó su acíbar para tratar la mucositis producida por la quimioterapia. Según la opinión de las enfermeras de estos centros, la experiencia era buena, pero no tenían registros o estudios que demostraran lo señalado.

## **Conclusiones**

En relación a los resultados, se puede apreciar que la mucositis sigue un tiempo de evolución a pesar de la terapia profiláctica, comenzando a los 6 a 7 días post quimioterapia. Sin embargo, a pesar de que no existen diferencias en el promedio de días de aparición de la mucositis entre los grupos, la diferencia radica fundamentalmente en el grado de mucositis hasta el cual puede evolucionar y el tiempo que demora la mucosa en recuperarse, lo cual sí resultó ser significativo. La diferencia en el número de días puede marcar la evolución en la aparición de ciertos hechos que empeorarían el cuadro base del paciente, como es el riesgo de sobreinfección, dolor y malnutrición, más aún si está cursando una neutropenia febril. Por lo tanto, mientras menor sea el tiempo de recuperación de la mucosa, menores serán las probabilidades de complicaciones, lo que conlleva a un mejor cuidado de los pacientes.

Dentro de las limitaciones de este estudio, y que se sugiere considerar en estudios posteriores, es la valoración de aquellas variables que pudieran influir en los resultados, como, por ejemplo, la evaluación dental previa a la quimioterapia; algunos hábitos, como el uso de chupete o chuparse el dedo; uso de otras medidas (como hielo directo) para calmar el dolor; uso de antibióticos o estimulantes de colonias (G-CSF) en forma parenteral.

Las propiedades del aloe vera permiten manejar la mucositis en los niños sometidos a quimioterapia, disminuyendo la intensidad y el tiempo de recuperación de la mucosa, por lo que se puede considerar como una alternativa futura en el manejo de las mucositis, tanto en los pacientes sometidos a quimioterapia, a radioterapia e incluso en los pacientes con trasplante de médula ósea.

Toda terapia para el manejo de la mucositis debe ir acompañada necesariamente de una analgesia adecuada, incluyendo los opiáceos. Cabe destacar que mientras mejor se manejó el dolor, el niño colaboró más en los aseos bucales y la profilaxis de la mucositis, lo que benefició la evolución favorable de las lesiones. Además esto influyó notoriamente en la aceptación de los niños a la alimentación, lo que permitió disminuir los días de nutrición parenteral que recibieron aquellos niños que presentaban mucositis grados III y IV.

Los resultados de este estudio son significativos; sin embargo, dadas las características de la muestra en estudio (tamaño) y el test estadístico utilizado (no paramétrico), sólo permiten sugerir una tendencia de la evolución en los niños sometidos a quimioterapia, pudiendo considerarse como un punto de partida para futuras investigaciones que profundicen y desarrollen otras terapias para la mucositis oral, tanto para el manejo de los efectos secundarios de la quimioterapia como para los casos de radioterapia y/o el trasplante de médula ósea.



## Referencias Bibliográficas

- Arantzmendi, M., & Marhuenda, S. (2002). Cuidados de la mucositis. Pacientes con quimioterapia. *Revista Rol de Enfermería*, 25, 389-394.
- Batista, A. (s.f.). *Terapias de hierbas-aloe vera (baboso)*. Recuperado el 7 de julio de 2001, de [www.syntonía.com/espanol/textos/textosalud/textoshierbas/aloeverababosa.htm](http://www.syntonía.com/espanol/textos/textosalud/textoshierbas/aloeverababosa.htm).
- Beck, S. (1990). Prevention and managment of oral complications in the cancer patient [electronic version]. *Current issues in cancer nursing practic*, 65(1), 27-38.
- Blumenthal, M., Busse, W., Goldberg, A., & Cols. (1998). The complement commission e monographs: Therapeutic guide to herbal medicines. In *Integrative medicine communications* (pp. 80-81).
- Casas de la Cal, L., Pérez, S., Blanco, M., & Valencia, N. (s.f.) *Atención de enfermería al niño con mucositis*. Recuperado el 12 de febrero de 2003, de [www.cancerinfantil.org/ponencias/comun8.html](http://www.cancerinfantil.org/ponencias/comun8.html).
- Clarkson, J. E., Worthington, H. V., & Eden, O. (2003). Prevención de la mucositis oral o candidiasis en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia. Recuperado el 5 de abril de 2002, de la base de datos The Cochrane Library: Update Software Ltda.
- Correa, I. (2000). Monografía aloe vera (Ed). Laboratorio General Natural Center.
- Cheng, K., Chang, A., & Yuen, M. (2003). Prevention of oral mucositis in paediatric patients treated with chemotherapy [electronic version]. *European Journal of Cancer*, 40: 1208-1216.
- Dodd, M., P., L., Dibble, S., & Cols. (1996). Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Oncology nursing Forum*, 921-927. Resumen recuperado el 2 de mayo de 2003, de la base de datos Medline.
- Fernández, M., & Sepúlveda, F. (1996). *Mucositis en el niño y sus complicaciones-cuidados de enfermería*. Documento presentado para postular a la Mención de Postítulo Enfermería Pediátrica Oncológica, Escuela de Enfermería. PUC.
- Gibson, F. (2003). Best practice in oral care for children and young people being treated for cancer: Can we archive consensus [electronic version]. *European Journal of Cancer*, 40, 1109-1110.
- Giner, P. et al (2000). Mucositis [electronic version]. *European Journal of Clinic Pharmacy*, 2, 203-205.
- Hicks, J. (2003). *Aloe Vera. Dolores y mucositis de la boca: causas, tratamientos y drogas de investigación*. Recuperado el 12 de diciembre de 2003, de [www.cureourchildren.org.htm](http://www.cureourchildren.org.htm).
- Jacox, A., Payne, R. & idem. (1994). Evaluación de los síndromes dolorosos más comunes en el cáncer: Mucositis. *Clinical Practice Guideline*. Recuperado el 28 de abril de 2003, de [www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2254.html](http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2254.html).
- Kemper, K. & Chiau, V. (1999). *Aloe Vera*. Recuperado el 12 de diciembre de 2003, de [www.mcp.edu/herbel/default.htm](http://www.mcp.edu/herbel/default.htm).
- Oberbaun, M. (1999). Experiencias con un medicamento homeopático compuesto en el tratamiento de niños con estomatitis inducido por quimioterapia. *Medicina Biológica*, 12, 8-12.
- Subcomité de infectología, PINDA (1995). *Recomendaciones para la prevención y recuperación de la salud oral en pacientes pediátricas con cáncer* (Ed.). Santiago: Ministerio de Salud.
- Toziano, R., Jiménez, M., Ledesma, F., & Flores, C. (1998). Toxicidad aguda de altas dosis de metotrexato en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda en niños [versión electrónica]. *Revista Médica Infantil*, 5.
- Vargas, L. (1998, Noviembre) *Avances en el tratamiento del cáncer infantil en Chile diez años del Programa Infantil Nacional de Drogas*. Discurso de bienvenida al Congreso Internacional de Oncología Pediátrica Décimo Aniversario del PINDA.
- Villalobos, O., Salazar, C. & Ramirez, G. (2001). *Efectos de un enjuague bucal compuesto de aloe vera en la placa bacteriana*. Acta Odontología Venezolana. Recuperado el 24 de marzo de 2002, de [www.elcov.org](http://www.elcov.org).
- Vogler, B., Ernst, E. (1999). Aloe Vera: a systematic review of its clinical effectiveness (Resumen). *British Journal General Practis*, 49, 823-828.

---

**Correspondencia a:** Paula Vega Vega. Vicuña Mackenna 4860. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Código postal 6904411. Macul, Santiago, Chile, e-mail: [pvegav@uc.cl](mailto:pvegav@uc.cl)



## Intervención de Enfermería para disminuir tasas de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central en un servicio de medicina<sup>1</sup>

### *Nursery intervention to reduce the incidence of catheter-related bloodstream infections in a medicine ward*

Patricia Palma Correa

*Enfermera. Diplomada en Gestión y liderazgo en servicios de salud, Enfermera Coordinadora Servicio de Medicina. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Margarita Palma Núñez

*Enfermera. Diplomada en Gestión y liderazgo en servicios de salud, Enfermera Supervisora Servicio de Medicina. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Angela Molina Recabarren

*Enfermera. Diplomada en Gestión y liderazgo en servicios de salud. Servicio de Medicina. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

---

#### Resumen

El objetivo de este trabajo fue estudiar los factores que influyen en las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas a catéter venoso central (CVC) de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad Católica. En el año 2000 se obtuvo una tasa de infecciones de 10,8 por 1.000 días CVC mientras el estándar MINSAL era de 4,9 por 1.000 días de catéter venoso central. Para ello se realizó un estudio en el que se observaron seis catéteres venosos centrales durante dos meses respecto a su instalación, manipulación y técnica de Enfermería en la curación. Se encontró que el 100% del personal auxiliar de Enfermería que manipuló los catéteres no se lavaba las manos previo a la administración de medicamentos por el CVC, la técnica de curación se realizaba incorrectamente y el 67% de los médicos puncionaba más de una vez para instalar el catéter produciendo laceraciones y sangramiento que favorecerían las infecciones. En base a los resultados se implementaron estrategias de intervención para producir cambios y se observó una importante caída en las tasas de infección, desde 7.8 en el año 2001 a 2.7 en el 2002, tendencia que se ha mantenido en el tiempo.

**Palabras clave:** Infección del torrente sanguíneo, catéter venoso central, Enfermería.

#### Abstract

The purpose of this study was to identify factors that influence the development of catheter-related bloodstream infections (CRBI) among in patients of the medicine department at a university hospital: *Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile*. For the year 2000, the rate of infection for that service was 10,8 every 1000 catheter-days, compare to a standard national rate of 4,9 reported nationally by the Ministry of Health (MINSAL). A descriptive longitudinal study was done, observing over a two-month period the installation, manipulation, and nursing technique of six (6) venous catheters (VC). It was found that all the nursing assistants did not wash their hands before administering drugs through the VC, the technique was inappropriate and 67% of physicians performed two or more attempts before the VC was placed, causing lacerations and bleeding that enhance the possibilities for getting an infection. According to the results, intervention strategies were implemented and a decreased rate of infection was found, from 7,8 in the year 2001 to 2,7 every 1000 catheter-days in 2002, tendency that has been stable in the time.

**Key words:** central venous catheters, infection bloodstream, nursing intervention

---

<sup>1</sup> Equipo Investigador: Patricia Palma, Margarita Palma, Angela Molina y Ximena Salcedo, Enfermeras Servicio de Medicina. Colaboradores: Gabriela De la Cerda, Coordinadora Comité IIHH; Carolina Ureta y Alejandra Zambrano, Comité IIHH, Hospital Clínico UC.

## Introducción

La calidad es la entrega de servicios al paciente en forma oportuna, segura, eficiente intentando satisfacer sus necesidades y expectativas. "Las infecciones nosocomiales se consideran desde hace tiempo una variable capaz de medir la calidad de un hospital o de un servicio concreto" (Álvarez y Solsona, 1997). Bajo este contexto, las enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) están constantemente revisando los procesos y analizando la calidad de atención que se les entrega a los clientes para poder mejorar los indicadores de calidad.

Un indicador importante a valorar es la tasa de infecciones intrahospitalarias (IIH) asociadas a catéter venoso central (CVC) dado que, durante el año 2001 las tasas de incidencias más altas se presentaron durante el segundo y tercer trimestre. En el año 2003 la tasa global del servicio de medicina fue de 7,3/1000 días CVC, mientras durante el 2001 la tasa global fue más alta: 8,5/1000 días CVC. En ambos casos se superó el estándar nacional. (Otaiza, Brenner, Pohlemz, y Valenzuela, 2001). (Gráfico N° 1)

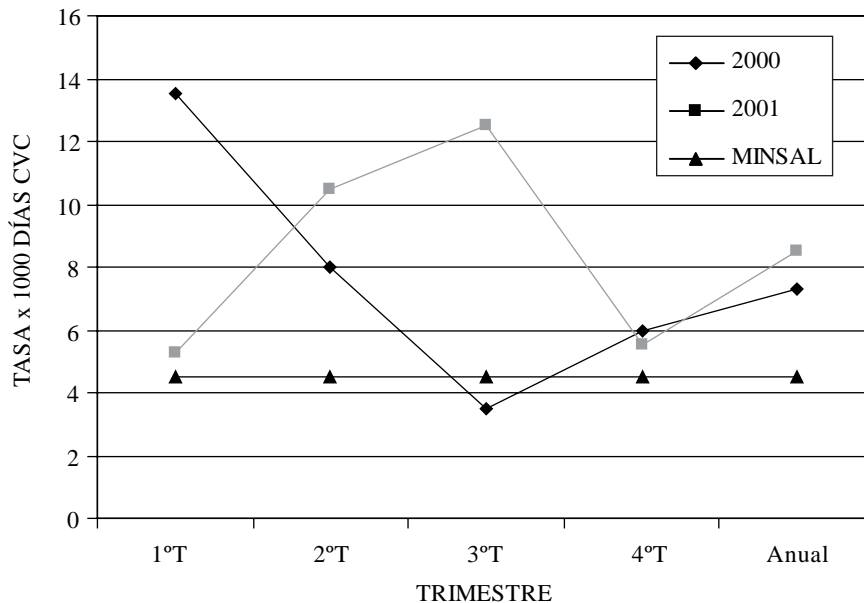


Gráfico N° 1: Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central. Hospital Clínico UC. 2000- 2001

Estudios científicos basados en evidencia han demostrado que los factores modificables que inciden en las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas a CVC serían: localización del CVC, días CVC y manipulación del CVC (técnica de instalación, de administración de medicamentos, de curación) (Aranton, Parada, Coutado, Díaz y Soto, 2000). Resulta importante analizar cada uno de los factores e intervenir en aquellos posibles de ser modificables por Enfermería en un corto plazo, principalmente por las consecuencias para él, como son las complicaciones con agravamiento de su estado físico y el aumento de los días y costos de hospitalización. (Mermel, 2000)

## INVESTIGACIÓN

Las IIH respecto al CVC tienen relación con diferentes factores de riesgo, como son los propios del huésped: enfermedad de base, desnutrición, hospitalización en UCI, baja de peso al nacer, quemaduras, edad (Álvarez y Solsona, 1997). Por otro lado, existen medidas que contribuyen globalmente a la prevención de la mayoría de las IIHw, como el uso de material estéril del CVC (Maki, Ringer y Alvarado, 1991), la aplicación de técnica aséptica en la realización de los procedimientos invasivos, uso de antiséptico en la curación, el entrenamiento del personal en la manipulación y el lavado de manos previo a la atención de los pacientes. (CDC, 2002)

Dentro de los factores de riesgo asociados al CVC, propios del procedimiento, se encuentran: sitio de inserción del catéter, duración del cateterismo, administración de nutrición parenteral total por el catéter, manipulación del catéter y la experiencia del personal que lo manipula. (CDC, 2002)

La fuente del patógeno son las manos del personal que contaminan conexiones, además de la contaminación del sitio de inserción.

Dentro de las complicaciones del CVC se pueden observar complicaciones inmediatas a la inserción del catéter como trombosis y neumotórax o complicaciones tardías. Las complicaciones tardías son las más frecuentes y entre ellas se encuentra la infección relacionada al catéter.

Se define como infección del catéter al estado o condición en el que debido a las características del catéter, el organismo o una parte de él es invadido por un agente patógeno que en condiciones favorables se puede multiplicar y producir efectos adversos.

Hay dos vías conocidas por las que un catéter puede colonizarse o infectarse:

- *Vía extraluminal*: la más frecuente es la migración de los gérmenes por la superficie externa del catéter desde la piel hasta la fibrina ubicada en la punta. Por ello los gérmenes más frecuentes son los que forman la flora cutánea. Este mismo mecanismo puede producirse si se contamina el lugar de inserción en el momento de los cuidados del mismo (incorrecta técnica del lavado de manos, *contaminación de la solución antiséptica*).
- *Vía intraluminal*: se produce cuando las soluciones endovenosas están contaminadas, aunque lo más habitual es que los gérmenes puedan progresar por vía intraluminal a través de infecciones de las llaves de tres pasos, conexiones o transductores que no han sido debidamente desinfectados (CDC 2002). Por lo tanto, este tipo de infección se da en catéteres que son frecuentemente manipulados.

Durante el año 2001, en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico UC, el aumento de las ITS asociadas a CVC por sobre el estándar del MINSAL se transformó en un grave problema, por lo que las enfermeras se propusieron disminuir las ITS asociadas a CVC, mediante una intervención en los factores modificables a partir del primer trimestre del 2002. Se decidió realizar este estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de algunos de los factores de la atención en nuestro servicio como son: instalación, curación, administración de medicamentos y días de CVC que inciden en las ITS, desde el 1° de diciembre de 2001 hasta el 28 de febrero de 2002.

## Metodología

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal sobre algunos de los factores que influyen en las infecciones del torrente sanguíneo. Para ello, observamos y realizamos seguimiento para evaluar

seis catéteres venosos centrales instalados en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico UC y al personal que los manipuló.

Se consideró como variable principal la tasa de infecciones asociadas a CVC y como variables secundarias la técnica de instalación del CVC, administración de medicamentos por el CVC, días de CVC y técnica de curación del CVC.

Para evaluar la técnica de instalación del CVC y la técnica de curación, se elaboró una pauta de cotejo (Anexo 1 y 2 respectivamente). Se realizaron 6 observaciones de técnica de instalación y 11 observaciones de técnica de curación estructuradas, basadas en ambas pautas durante el período de estudio.

Para la administración de medicamentos por CVC, se aplicó la pauta de cotejo del Hospital Clínico de la PUC. Se realizaron 16 observaciones, 6 de ellas a enfermeras y 10 a auxiliares de Enfermería. Todas las observaciones estructuradas fueron realizadas por enfermeras e internas de Enfermería del Servicio de Medicina.

## **Resultados**

En relación a la técnica de instalación de CVC se observó que hubo un 100% de cumplimiento en el lavado de manos previo y posterior a la instalación del CVC y en el aseo y desinfección de la piel con antiséptico. Con respecto a la instalación del CVC sólo un 33,3% de los operadores lo logra al primer intento, mientras que el 66,7% reutiliza el mismo CVC para sucesivas punciones, lo que estaría aumentando el riesgo de ITS asociada a CVC.

En relación a la técnica de curación del CVC, el 100% de las enfermeras evaluadas cumplió con la norma respecto al retiro de parche antiguo, utilización de guantes estériles, cobertura y adhesión completa del apósito transparente y gasa estéril en el sitio de inserción. En relación a la pincelación con desinfectante desde el sitio de inserción hacia la periferia, un 36,4% de las observaciones no cumple con esta medida, hecho que no asegura una limpieza por arrastre. El desinfectante utilizado fue povidona yodada. El 63,6% de las enfermeras observadas utilizó benjuí (adhesivo líquido) para la adhesión del parche que cubre el CVC, con la finalidad de dejar el parche bien adherido y de esta manera disminuir la posibilidad de que el sitio de inserción del CVC quede en contacto con el ambiente y por ende se favorezca la colonización de éste.

Al medir la técnica de administración de medicamentos por CVC, el 100% de las enfermeras cumplió con el lavado de manos previo a la administración de medicamentos por CVC, mientras que 100% de las auxiliares de enfermería observadas no realizó el lavado de manos previo al procedimiento. Sólo el 50% del personal observado se lava las manos después de la administración de medicamentos por CVC.

De las observaciones realizadas, un 70,4% efectúa el procedimiento de administrar medicamentos por CVC por tapón (amarillo) en forma incorrecta, prefiriendo abrir el sistema en vez de limpiar y puncionar el tapón. De acuerdo a la norma, para acceder al sistema se recomienda desinfectar la goma del tapón con alcohol al 70%, cambiándolo cada 72 horas junto con el equipo de fleboclisis. Cabe destacar que sólo el 29,6% del personal realiza el procedimiento correctamente.

## **Implicancias para la práctica de Enfermería**

Tras el análisis de los resultados, las enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital de la PUC, respaldadas por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, intervinieron en aquellos factores

## INVESTIGACIÓN

posibles de ser modificables en un corto plazo. Se capacitó al personal en la incorporación del apósito transparente IV de 3M de larga duración (hasta 7 días) con la finalidad de disminuir la manipulación del sitio de inserción del catéter.

Se reforzó a las enfermeras del Servicio de Medicina en cuanto a la técnica correcta de curación, desde el centro a la periferia del sitio de inserción del CVC y se cambió el antiséptico povidona por clorhexidina 2% por su mayor efecto residual. (Maki, *et al*, 1991)

Se incorporó tapón clave azul (conector clave, ICU) en todos los CVC del Servicio de Medicina, con el fin de optimizar la mantención del circuito cerrado, éste además tiene válvula anti reflujo y por características propias de su sistema permite utilización de jeringas sin aguja. A pesar de que los estudios de Seymour, Dhallu, Moss, Tebbs y Elliot (2000) y de Mendelson, Short y Schefter (1998), no fueron concluyentes en relación a la disminución de las infecciones con el uso de este tipo de conector, a nosotros nos ha dado buenos resultados. Para esto se capacitó al personal en su uso. Se incorporó el uso de alcohol gel en las bandejas de tratamiento con el objetivo de aumentar la adherencia del lavado de manos.

Se asignó a las enfermeras la responsabilidad exclusiva de la administración de medicamentos por CVC, no delegable al personal auxiliar.

Mediante reuniones con las enfermeras del servicio, desde el segundo semestre del año 2001 se ha sensibilizado en la importancia de sugerir e incentivar el retiro precoz del CVC.

En relación al impacto a mediano plazo producido por las intervenciones realizadas, podemos destacar la disminución de las ITS asociadas a CVC del consolidado de las tasas de incidencia del primer y segundo trimestre del año 2002 (Gráfico N° 2).

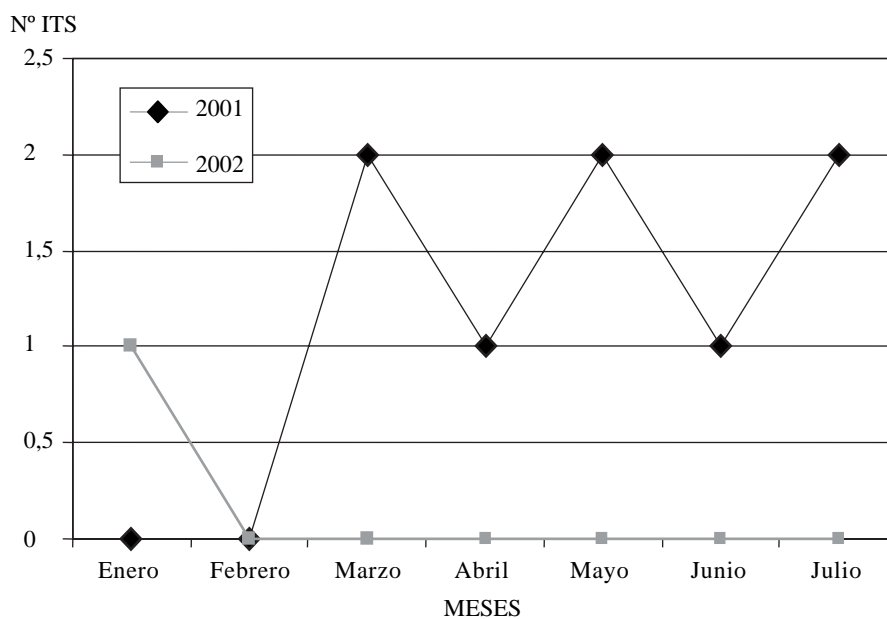


Gráfico N° 2: Infecciones intrahospitalarias asociadas a catéter venoso central. Hospital Clínico UC. 2001- 2002.

Por último, al observar en la Tabla N° 1, el consolidado del primer y segundo trimestre comparando los años 2000, 2001 y 2002, queda en evidencia la importante disminución de las tasas de ITS asociadas a CVC después de las intervenciones realizadas. Mientras la tasa informada por el MINSAL es de 4,9 por 1000 días CVC, la nuestra fue de 2,7 por 1000 días CVC. (Otaiza et al. 2001)

**Tabla N° 1:** Tasas de Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central Servicio de Medicina, Hospital UC. 2000-2002. Consolidado 1° Trimestre y 2° Trimestre.

Año	TASA/1000 días CVC
2000	10,8 por 1000 días CVC
2001	7,8 por 1000 días CVC
2002	2,7 por 1000 días CVC
MINSAL	4,9 por 1000 días CVC

Si analizamos la tasa final global de los años 2000, 2001 y 2002 veremos la notable caída de las infecciones de nuestro servicio (Gráfico N° 3).

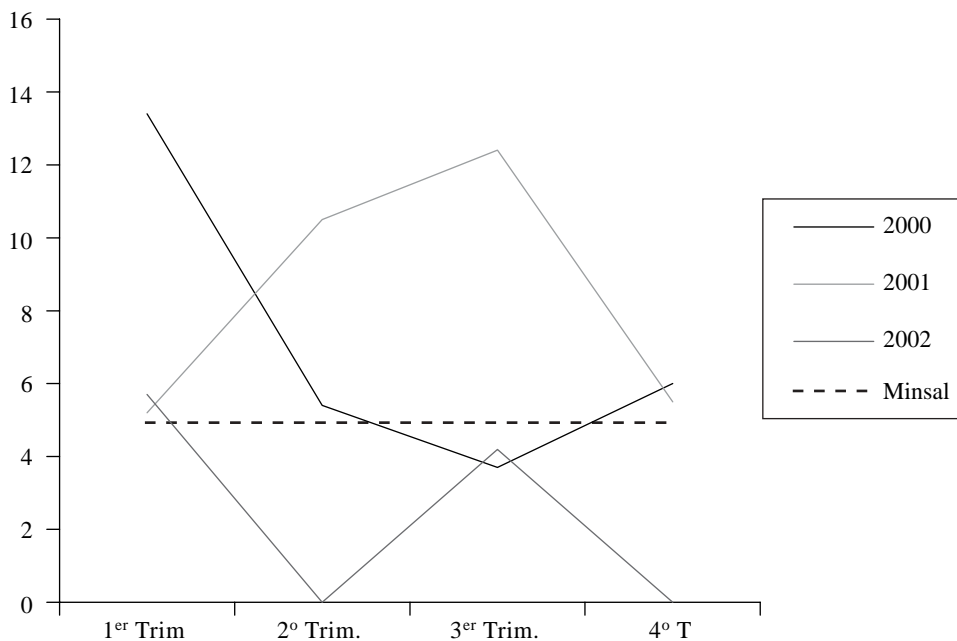


Gráfico N° 3: Infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas a catéter venoso central, según trimestres. Hospital Clínico UC. (2000, 2001, 2002).



### Discusión

Al analizar los resultados obtenidos en nuestro servicio, con otros estudios como el de Maki et al. 1991 y de Chaiyakunapruk, Veenstra, Lipsky y Saint, (2002), se demuestra una vez más que la capacitación del personal y la intervención de los factores modificables basados en una intervención y el uso de productos que permiten optimizar el manejo de los accesos vasculares centrales, determinan una notable disminución de las ITS. Esto mejora la calidad del servicio prestado a nuestros pacientes, al evitar la complicación misma de la IIHH y el alto costo que ésta puede llegar a significar, como lo demuestra Mermel en el año 2000. La incorporación de clorhexidina 2% como desinfectante permite una mejor visualización del sitio de inserción, además de su propiedad de mayor efecto residual en comparación con la povidona, por cuanto no hay que esperar que se seque para iniciar su efecto (CDC, 2002). En cuanto al parche semanal, si bien algunos estudios lo recomiendan, hay otros que no; sin embargo nuestra experiencia ha sido positiva al disminuir el número de curaciones y por ende la exposición del sitio de inserción del catéter.

### Conclusiones y sugerencias

El CVC durante años fue un elemento usado para el tratamiento de pacientes de unidades de cuidados intensivos. Actualmente en servicios generales ha aumentado la complejidad de los pacientes y consecuentemente también ha aumentado el número de pacientes que requieren del uso de CVC para su tratamiento.

Diversos estudios publicados relacionados con el control de las infecciones del torrente sanguíneo apuntan a buscar la mejor manera de manejar, prevenir y disminuir las complicaciones derivadas de su uso. No se puede determinar algo categórico respecto al desinfectante utilizado en la curación, o al parche (transparente o de gasa), o la técnica de instalación, lo único categórico es que cualquier trasgresión del correcto manejo de las técnicas inciden directamente en el aumento de las tasas de infecciones intrahospitalarias.

En nuestro servicio, del análisis de los resultados de las tres mediciones realizadas, se desprende que existen problemas asociados a la ITS, tanto en el ámbito de la instalación, como en la curación y en la manipulación. Sin embargo, la mayor falla se detecta a nivel de la administración de medicamentos donde, según las mediciones, no se respeta la precaución estándar de lavado de manos por parte del personal auxiliar, y fue en este ámbito donde se dio mayor énfasis en el período de la intervención.

Se puede concluir que la disminución de las tasas de ITS asociadas a CVC, puede tener relación con la mantención del circuito cerrado (tapón clave azul), disminución del número de curaciones del catéter al incorporar el parche transparente estéril de duración semanal y el no uso de gasa permitiendo la visualización permanente del sitio de inserción del catéter, cambio del desinfectante de povidona a clorhexidina al 2% y, además, la administración de medicamentos por CVC realizada exclusivamente por la enfermera.

Desde el punto de vista de calidad de atención al usuario se ha dado un gran paso. Se ha logrado una entrega de servicios de calidad, en forma eficiente y segura, a los usuarios de CVC hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica

de Chile. Se observa que la tasa del primer semestre durante el año 2000 fue de 7,3 por 1.000 días CVC, mientras el año 2001 fue en aumento con una tasa anual de 8,5 por 1.000 días CVC, siendo el estándar nacional (MINSAL): 4,5 por 1.000 días CVC. Es importante destacar que, luego de las intervenciones realizadas, las tasas disminuyeron tomando en cuenta los años 2000, 2001 y 2002; estas tasas fueron de: 10,8 de ITS por 1.000 días CVC para el año 2000, 7,8 de ITS por 1.000 días CVC para el 2001 y 2,7 de ITS por 1.000 días CVC para el año 2002. Con respecto a la intervención realizada para disminuir las ITS asociadas a CVC, se recomienda revisar las actuales normas de manejo de CVC del Hospital Clínico de la PUC.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, L. F., y Solsona, J.F. (1997). El control de la infección nosocomial como criterio de calidad asistencial. *Rev. Calidad Asistencial*, 12, 18, 158-160.
- Aranton, L., Parada, A., Coutado, I., Díaz, M., y Soto, M. (2000). Septicemias relacionadas con catéteres intravasculares, *Rev Rol Enfermería*, 23, 155-158.
- C.D.C. (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infection. *MMWR* 51 RR-10:1-36.
- Chaiyakunapruk, N., Veenstra, D.L., Lipsky, B.A., & Saint, M. (2002). Chlorhexidine compared with povidone-iodine solution for vascular catheter-site care: a meta-analysis. *Ann Intern Med*, 136, 11, 126.
- Maki, D.G., Ringer, M., & Alvarado, C.I. (1991). Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *Lancet*, 338, 339-43.
- Mendelson, M.H., Short, L. J., & Schefter, C. B. (1998). Study of a needleless intermittent intravenous-access system for peripheral infusions, analysis of staff, patient, and institutional outcomes. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 19, 401-6.
- Otaiza, E., Brenner, P., Pohlemz, M., y Valenzuela, M. (2001). Informe de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias 1999-2000. MINSAL. Recuperado en Julio 2001 del sitio Web del Ministerio de Salud de Chile. <http://www.minsal.cl>
- Mermel, L. A. (2000). Correction: catheter related bloodstream-infections. *Ann Intern Med*, 133, 395.
- Salas, C. L., Gómez F. O., Villar M. H., y Martí, R. B. (2000). Clorhexidina. *Rev Rol de Enfermería*, 23, 9, 637-640.
- Seymour, V.M., Dhallu, T.S., Moss, H.A., Tebbs, S.E., y Elliot, T.S. (2000). A prospective clinical study to investigate the microbial contamination of a needleless connector. *J Hosp Infect*, 45, 2, 165-8.
- Pérez, C., y García, P. (1997). *Actualización de las normas para el manejo de los catéteres arteriales y venosos centrales temporales*. (Comité IHH). Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico.

---

**Correspondencia** Patricia Palma Correa. Marcoleta 367 Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. e- mail: ppalma@med.puc.cl

**Anexo N° 1:** Pauta de Evaluación de la técnica de instalación del catéter venoso central  
Servicio de Medicina, Hospital Clínico de la PUC.

PAUTA DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Fecha																				
Cargo																				
1. Se lava las manos	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
2. Realiza aseo de la piel con antiséptico																				
3. Realiza desinfección de la piel con antiséptico																				
4. Usa guantes estériles, gorro y mascarilla																				
5. Usa mascarilla el ayudante																				
6. Usa campo estéril																				
7. Instala CVC con técnica estéril																				
8. Pincela con antiséptico el sitio de punción																				
9. Cubre con airstrip o gasa y tegaderm																				
10. Deja parche completamente adherido																				
11. Instala CVC a la primera punción																				
C: Cumplimiento I: Incumplimiento	Cargo: Especificar si es interno, becado o staff, y especialidad.																			



## Reinducción de lactancia en un recién nacido de pretérmino: intervención de Enfermería

### *Relactation in preterm newborn: nurse intervention*

Camila Lucchini Raies

*Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Profesora Instructora Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Francisca Márquez Doren

*Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Profesora Auxiliar Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.*

---

#### **Resumen**

Se describe la intervención de enfermería en la madre y su recién nacido de pretérmino que ingresó a los 23 días de vida del niño al programa de Educación para el Autocuidado en Salud (EPAS), desarrollado por la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el Centro Médico Nuestra Señora de la Paz, perteneciente a la Red de Salud UC. La recomendación internacional actual de alimentación para los lactantes, es lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, pero, a pesar de ello, muchos lactantes la interrumpen en las primeras semanas o meses, siendo el nacimiento de un niño de pretérmino una de estas razones. La lactancia materna puede ser restablecida mediante la reinducción que estimula la producción de leche en una mujer que no amamantó inicialmente a su recién nacido o que amamantó previamente y desea volver a amamantar exclusiva o parcialmente. Para su recuperación se requiere de la motivación de la madre, estimulación del pezón, adecuado vaciamiento de la mama y un sistema de apoyo del equipo de salud y la familia, para reforzar y mantener la confianza de la mujer. En el caso clínico que se describe se logra la lactancia materna exclusiva después de 7 intervenciones de enfermería, la que se prolonga hasta los 6 meses en forma exclusiva y hasta el año de vida en forma complementaria con alimentación sólida.

**Palabras clave:** Reinducción de lactancia, recién nacido prematuro, intervención de Enfermería.

#### **Abstract**

Description of the nurse intervention in a mother and her preterm child that entered to the Selfcare Education program (EPAS), at 23 days of life, developed by the School of Nursing of the Pontificia Universidad Católica de Chile, in the Medical Center Nuestra Señora de la Paz, that belongs to the Red de Salud UC. Breastfeeding is a well-known recommendation, in spite of it, many babies interrupt it during the first weeks or months. Nevertheless, breastfeeding can be restored, by relactation, that stimulates milk production in a woman whom initially did not nurse her new born, or that nurse previously and she wishes to return to nurse exclusively or partially. Breastfeeding can be recovered with the mother's motivation, nipple's stimulation, getting empty the breast and a support system of the health stuff and of the family, to reinforce and to maintain the confidence of the mother. Clinical case describes breastfeeding in this child after 7 nurse's intervention, that had a duration of 6 months exclusively and in a complementary form with solid food up to the age of 12 months.

**Key words:** Relactation, preterm new born, nurse intervention.

## **Introducción**

Enfermería, especialmente a nivel de la población infantil, necesita abrir espacios que permitan llegar con acciones de cuidado profesional a la fracción de población que pertenece al sistema de salud privado. Estamos convencidas que este grupo se beneficiará con los aportes que podemos realizar a favor de sus capacidades de autocuidado.

La consulta EPAS (Educación para el Autocuidado en Salud) de apoyo a la lactancia o clínicas de lactancia materna (CLM), es una de las atenciones contempladas en el Programa de Apoyo a la Supervisión del Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años, a la cual acceden sólo aquellas madres que presentan algún problema de lactancia y las que deseen ayuda para proseguir alimentando a su hijo con leche materna una vez de vuelta a su trabajo. Tiene como objetivo apoyar a la madre y al niño en la superación de los problemas que puedan poner en riesgo la lactancia materna y lograr así una instalación exitosa, además de proporcionar a la madre las herramientas necesarias para continuar con la lactancia materna luego de su reincorporación al trabajo. En su mayoría los niños son derivados a esta consulta desde la EPAS de recién nacido, sin ser despreciable la proporción que es derivada desde el control con pediatra o que acceden en forma espontánea.

En el Centro Médico Nuestra Señora de la Paz se realizan 242 atenciones anuales por motivo de la lactancia materna. El programa al cual pertenece esta atención fue creado en 1999 por el Departamento de Salud del Niño y el Adolescente, de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quien propuso la puesta en marcha de un programa de atención de enfermería llamado "Apoyo a la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño", para ser implementado en el Centro Médico Nuestra Señora de la Paz, perteneciente a la Red de Salud UC, ubicado en San Borja 122, 2º piso, Comuna de Estación Central.

Con su implementación se pretende complementar, a través de actividades de cuidado específicas de enfermería, las acciones que realiza el equipo médico en las consultas pediátricas de supervisión del crecimiento y desarrollo del niño, con el fin de fortalecer y desarrollar las capacidades de los padres para asumir el autocuidado de sus hijos, favoreciendo así la máxima expresión de las potencialidades de los niños.

El programa responde a las necesidades de guía y apoyo para la toma de decisiones que enfrentan las familias a lo largo del proceso de crecimiento y desarrollo del niño; a la vez considera las necesidades docentes y de investigación para la formación profesional en el área de la salud infantil ambulatoria.

Este programa se ha desarrollado con recurso académico de la Escuela de Enfermería desde el mes de octubre de 1999. Las actividades propuestas, denominadas en su mayoría consultas de educación para el autocuidado de la salud (EPAS), tienen una trayectoria de cerca de 15 años en el servicio de pediatría del Centro Médico San Joaquín y son el resultado de un trabajo de integración docente asistencial bajo el enfoque de atención basado en el modelo de autocuidado, propuesto por Dorothea Orem y adaptado en Chile por Campos, Cantwell y Herrera, 1999. Parte de este trabajo se ha replicado en algunos consultorios del país y en el extranjero, con muy buena aceptación por parte de los usuarios. (Campos, Jaimovich, Campos y Berger, 1998)

La estructura general de las consultas EPAS contempla básicamente dos etapas. La primera es una instancia grupal, que se realiza con dos a tres familias y cuyo objetivo es la valoración de

las capacidades de autocuidado, identificación de problemas y revisión de algún tema. En una conversación sencilla los padres intercambian experiencias, aclaran sus dudas, disminuyen temores y adquieren confianza. A continuación, y en forma individual, la enfermera realiza una valoración de la situación o problema específico y examen físico si es necesario. Con estos antecedentes plantea el diagnóstico de enfermería y elabora un plan a seguir en conjunto con la familia. (Campos, 2002)

Este programa contempla cuatro intervenciones durante los dos primeros años de vida del niño. La primera denominada consulta EPAS de Recién Nacido (RN), que constituye el primer contacto de las familias con el sistema de salud. Las madres son referidas desde la maternidad de la UC, según domicilio o preferencia personal. Los objetivos de esta consulta son clarificar las dudas de los padres respecto a los cuidados del recién nacido, valorar la adaptación del niño y su madre en el hogar, fomentar la lactancia materna, pesquisar problemas que pudieran ponerla en riesgo y fortalecer las capacidades de los padres en el cuidado óptimo del recién nacido, favoreciendo el intercambio de experiencias entre pares (Campos, 2002). El costo de esta consulta está incluido en el programa maternal, que canceló la madre al momento del parto.

La segunda intervención corresponde a la consulta EPAS de Desarrollo Psicomotor y Prevención de Accidentes, la cual tiene como objetivo evaluar cómo los padres han ido estimulando a su hijo y si han aplicado las pautas de estimulación, otorgadas en la primera consulta. Se realiza a los 3 y 12 meses de vida, donde se aplica la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1996). Se conversa con los padres en cuanto a la relación que existe entre desarrollo psicomotor y riesgos de accidentes y se les entrega una pauta anticipatoria, con riesgos que pueden estar presentes en el hogar, con el objetivo de que los padres modifiquen este ambiente potencialmente riesgoso y eviten accidentes en sus hijos. A los 12 meses se les hace entrega de un diploma, en el cual se los felicita por la estimulación y preocupación por la salud y correcto crecimiento y desarrollo de su hijo.

La tercera intervención es la consulta EPAS de Alimentación, que se realiza a los 6 meses de edad, momento en que se incorpora la alimentación sólida. Tiene como objetivo apoyar y educar a los padres respecto a la nutrición adecuada y fomentar la prevención de situaciones de riesgo nutricional tanto por déficit como por exceso y futuras enfermedades crónicas del adulto, junto con fomentar estilos de vida saludables.

La cuarta y última intervención es la consulta EPAS de Formación de Hábitos, la cual se realiza a los 18 meses de edad con el objetivo de ayudar a los padres a enfrentar situaciones nuevas y a veces difíciles con sus hijos en relación a la formación de ciertos hábitos y socialización del niño. Entre estos destacan el control de esfínteres, manejo de las rabietas y pataletas, sueño, alimentación, higiene bucal, entre otras.

### **Caso clínico**

Se trata de un recién nacido de pretérmino (30 semanas de edad gestacional), primer hijo del matrimonio compuesto por el padre de 25 años de edad y la madre de 24, con enseñanza media completa y enseñanza técnico superior respectivamente, que viven en la casa de abuelos paternos del niño y profesan la religión católica, que asisten a la consulta EPAS RN a los 23 días de vida del niño.

Recién nacido (RN) de pretérmino secundario a ruptura prematura de membranas con líquido purulento de 60 horas de evolución, la madre recibe dos dosis de Betametasona y antibióticos endovenosos y comienza con trabajo de parto inducido que se resuelve por parto vaginal cefálico. El niño nace en buenas condiciones, buen esfuerzo respiratorio, líquido amniótico purulento, APGAR 8-9, peso: 1.695 gr, talla: 42 cm y perímetro craneano: 28,5 cm. Se hospitaliza para tratamiento y observación, evolucionando favorablemente. Es dado de alta a los 20 días de vida (33 semanas de edad corregida) con un peso de 2.055 gr. Los diagnósticos al alta fueron: recién nacido de pretérmino de 30 semanas adecuado a la edad gestacional, observación de infección connatal tratada e hiperbilirrubinemia. Las indicaciones al alta fueron: leche materna o Similac Neosure 45 ml cada 3 horas por 8 veces al día, Acevit 10 gotas al día, control pediátrico.

Al ingreso de la consulta EPAS de RN el niño tenía una edad cronológica de 23 días, y una edad corregida de 33 más 2 días, se alimenta con leche materna extraída más rellenos de Similac Neosure hasta completar 45 cc, ocho veces al día por mamadera más tres mamadas nocturnas, con un peso de 2.210 grs y un incremento diario de 51,6 gr.

## **Proceso de atención de Enfermería**

### *Valoración*

Al realizar la valoración del niño se confirman los datos anteriormente expuestos con relación a lo sucedido durante la hospitalización; con respecto a los antecedentes relevantes de salud y alimentación, el niño ingresa alimentándose con 45 cc de leche extraída o Similac Neosure cada 3 horas con un total de 8 alimentaciones en 24 horas. El examen físico revela un RN normal y destaca la presencia de succión disfuncional, que consiste en que los labios y la lengua del niño adoptan una posición alterada para succionar (en este caso debido a la utilización de chupete), el niño toma el pezón y lo empuja con la lengua en vez de envolverlo como es la función normal. Al realizar el examen de mamas a la madre, éstas se encuentran sanas, blandas, con escasa producción de leche.

### *Diagnósticos*

- Con capacidades de autocuidado en los cuidados básicos del niño, relacionado con motivación de ambos padres, manifestado por la necesidad expuesta por ellos de lograr alimentar a su hijo con lactancia materna exclusiva.
- Riesgo para el autocuidado en alimentación secundario a prematurez y hospitalización prolongada, relacionado con la incorporación de leche artificial a la dieta.

### *Intervención*

Se toma la decisión junto a los padres del niño de reinducir la lactancia materna. Se comienza con la reeducación de la succión a través de la utilización de un suplementador al dedo. Este método consiste en alimentar al niño a través de una sonda adosada al dedo del adulto que lo alimenta por la cual se le administra la leche a tomar, así la boca del niño adquiere la misma forma y posición que al mamar, evitando la succión disfuncional secundaria a chupete. (Figura 1)



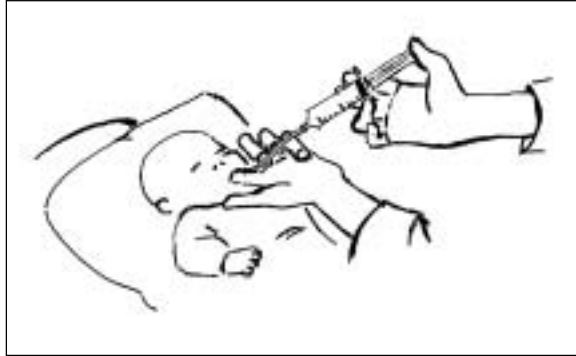


Figura N° 1: Suplementador el dedo.

Se inició la reeducación de la succión, lograda al cabo de 2 semanas, no exenta de complicaciones en un principio, ya que la madre relató tener dificultad para alimentarlo de esta forma debido al tamaño de su dedo. Se educa al padre y éste asume la alimentación por este método con éxito.

Luego de reeducada la succión, se inició la alimentación directa al pecho. En esta etapa el niño se mantiene con lactancia mixta, pero el relleno es administrado a través del suplementador al pecho. Método que consiste en aportar leche a través de una sonda, la que por un extremo se encuentra dentro de un recipiente con leche y por el otro se introduce a la boca del niño junto al pezón. Al succionar el niño obtiene leche de la sonda y el pecho y a su vez desencadena en la madre los reflejos de producción y eyección de leche. (Figura 2)

Con este sistema, la madre logra ir aumentando su producción de leche en forma paulatina, lo que permite ir disminuyendo el volumen de leche artificial administrada. Esto se logró al cabo de 3 semanas de iniciado el uso de suplementador al pecho, momento en el cual el niño y sus padres son



Figura N° 2: Suplementador el pecho.

datos de alta con el acuerdo de alimentarlo con lactancia materna exclusiva cada 3 horas de un pecho hasta vaciarlo y luego ofrecer el otro. Al alta el niño pesó 4.480 gramos, con una edad cronológica de 2 meses 13 días y una edad corregida de 2 días, con un incremento diario de 35,3 gramos diarios. (Tabla N° 1).

**Tabla N° 1:** Incremento ponderal en las distintas intervenciones

Intervención	Peso (gr)	Incremento diario (gr)
EPAS Recién Nacido	2.210	51,6
CLM 1	2.440	38
CLM 2	2.745	43,5
CLM 3	3.040	42,1
CLM 4	3.950	64
CLM 5	4.480	35,3

(EPAS) Educación para el Autocuidado en Salud  
(CLM) Clínica de lactancia materna

### *Evaluación*

Al cabo de 5 semanas de iniciada la reinducción de lactancia, en donde en una primera instancia se reeducó la succión con el uso del suplementador al dedo y luego se inició la succión directa al pecho con la utilización del suplementador al pecho, se logró la alimentación con lactancia materna exclusiva. Cabe destacar que el niño fue alimentado hasta los 6 meses de vida con lactancia materna exclusiva y hasta el año de vida con leche materna más alimentación sólida. Se le realizaron 2 evaluaciones del desarrollo psicomotor, a los 3 meses y 12 meses de vida, obteniéndose un puntaje de 1,10 y 1,02 respectivamente. (Se considera normal la obtención de un puntaje mayor o igual a 0,85)

### **Comentarios**

La lactancia materna es la forma de alimentación más completa para el niño y debe ser promovida por el equipo de salud como la mejor alternativa de alimentación para los lactantes menores de 6 meses de edad en forma exclusiva y complementaria a la alimentación sólida hasta el año de vida, a través de educación durante el control prenatal, iniciándola precozmente en la sala de parto y con apoyo posterior por parte del equipo de salud. Sin embargo, en algunas ocasiones la lactancia se ve dificultada por una serie de factores en los cuales es posible intervenir. Por esto, es de vital importancia que todo el equipo de salud sepa que la lactancia materna puede ser restablecida y debe estar capacitado para brindar el apoyo necesario a las familias que desean y se sienten motivadas por recuperar la lactancia natural. Cabe destacar que la gran mayoría de estas dificultades pueden ser superadas con el apoyo de la familia y de un equipo de salud con conocimientos en lactancia y

voluntad de recuperarla. Además se requiere una intervención precoz durante la estadía en la maternidad y una derivación oportuna hacia los centros ambulatorios especializados. La red de salud UC cuenta con este tipo de centros, en donde funcionan las clínicas de lactancia del Programa EPAS, a cargo de Enfermeras-Matronas capacitadas y expertas en la solución de este tipo de problemas, los cuales al ser abordados desde la perspectiva del autocuidado, empoderan a los padres para asumir el cuidado de su propia salud y la de su familia.

## Referencias Bibliográficas

- Auerbach, K. G., & Avery, J. L. (1980). Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics*, 65(2), 236-242.
- Bose, C. L. (1981). Relactation by mothers of sick and premature infants. *Pediatrics*, 67(4), 565-569.
- Campos, C., Cantwell, M., & Herrera, L. M. (1999). Autocuidado y supervisión del crecimiento y desarrollo: Control de salud infantil. En P. Fernández, E. Caballero & M. T. Lira (Eds.), *Problemas de salud infantil: Intervención de enfermería*. (pp. 67-73). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Campos, C., Jaimovich, S., Campos, M. S., & Berger, K. (1998). Sistema de enfermería de apoyo educativo a la familia para la evaluación del desarrollo psicomotor (DSM) en lactantes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 2(3), 167-226.
- Campos, M. C. (2002). Control de salud infantil. En S. Casassas & M. C. Campos (Eds.), *Cuidados básicos del niño sano y del enfermo*. (pp. 56-61). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Hormann, E., & Savage, F. (1998). *Relactación: Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica*. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud.
- Lawrence, R. (1996). *La lactancia materna una guía para la profesión médica*. Madrid, España: Editorial Mosby/Doyma.
- Marquis, G. S. (1998). Recognizing the reversible nature of child - feeding decisions: breastfeeding, weaning and relactation patterns in a shanty town community of Lima, Perú. *Society Scientific Medical*, 47(5), 645-656.
- Schellhorn, C., & Valdés, V. (1997). *Lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Santiago, Chile: Editado por Ministerio de Salud de Chile, Comisión Nacional de Lactancia Materna, UNICEF.
- Seema, P., & Satyanarayana, L. (1997). Relactation: An effective intervention to promote exclusive breastfeeding. *Journal Trop Pediatrics*, 43(4), 213-216.
- Thompson, N. M. (1996). Relactation in a newborn intensive care setting. *Journal Human Lactation*, 12(3), 233-235.
- Valdés, V., Pérez, A., & Labbok, M. (1994). *Lactancia para la madre y el niño*. Santiago, Chile.: Editorial Mediterráneo.

---

**Correspondencia a:** Camila Lucchini R. Vicuña Mackenna 4860. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Código postal 6904411. Macul, Santiago, Chile, e-mail: clucchin@uc.cl



## Evaluación del Hospital Clínico UC como Hospital Amigo: 11 años de historia<sup>1</sup>

### *Evaluation of Clinical Hospital of Catholic University as Mother and Child Breastfeeding Friendly Hospital: 11 years of history*

María Isabel Saldías

*Enfermera matrona, especialista en Enfermería del Recién Nacido de Alto Riesgo, Diploma en gestión y liderazgo de servicios de Enfermería, Enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Mariela Quezada

*Enfermera matrona, enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Jeannette Galleguillos

*Enfermera matrona, Diplomada en Gestión y Liderazgo, Profesora asociada, Escuela de Enfermería y Enfermera Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Camila Lucchini

*Enfermera matrona, instructora asociada, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile.*

Francisca Márquez

*Enfermera matrona, instructora asociada, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile.*

Verónica Cabezas

*Enfermera matrona, enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Catherine Varas

*Enfermera matrona, enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.*

Anita Verdugo

*Enfermera matrona, enfermera Servicio de Pediatría. Centro Médico San Joaquín. Universidad Católica de Chile.*

---

#### Resumen

El presente estudio tiene el propósito de evaluar 11 años de trayectoria del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile (HCUC) desde que fuera acreditado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre y de algunos centros ambulatorios que se han ido sumando a esta iniciativa dentro de la Red de Salud UC. Para ello, enfermeras-matronas del hospital y de las áreas ambulatorias de la RED de Red de Salud UC reorganizaron el Comité de Lactancia Materna y evaluaron los 10 pasos que favorecen la lactancia materna y el apego precoz. La metodología empleada incluyó supervisiones en terreno, auditoría de registros, aplicación de encuestas al personal interno y entrevistas a madres hospitalizadas. De los hallazgos encontrados, se concluye que a través de estos años se ha logrado una práctica de apego en el 100% de los partos sin riesgo y un destacable esfuerzo y disposición del personal en favorecer precozmente el amamantamiento. Los puntos débiles que deben mejorarse se refieren a la ausencia de políticas, falta de capacitación, hidratación artificial a los recién nacidos en la nursery del hospital, inexistencia de buenos registros o incompletos, fallas en la referencia y contrarreferencia entre las áreas hospitalarias y ambulatorias. Las autoras proponen un programa a tres años para superar estas debilidades.

**Palabras clave:** Lactancia, lactancia materna, apego, Hospital Amigo.

---

<sup>1</sup> Equipo que participó en la investigación: Saldías, MI; Quezada, M.; Galleguillos, J.; Campos C.; Verdugo A.; Lucchini C.; Márquez F.; Cabezas V.; Gálvez M.T.; Miranda M.; Fierro S.; Aguirre C.; Varas K.; Galleguillos M.E.; Robles, C., y Corbeaux, A.

**Abstract**

This study is an evaluation of 11 years of trajectory of the Clinic Hospital of Catholic University of Chile, and some ambulatory health centers, accredited by UNICEF as Mother and Child Breastfeeding Friendly Hospital. To achieve the objectives, nurse midwives reorganized the Breastfeeding Committee and develop an evaluation process through supervision of activities, audit reports, applied surveys to internal personnel and made interviews with hospitalized mothers. The 10 steps recommended for UNICEF that improves breastfeeding and maternal child bond, were evaluated. Based in findings, we conclude that through these 11 years, we obtained bonding practice in a 100% of the childbirths without risk and remarkable effort. Positive personnel disposition in stimulate breastfeeding precociously. Weakness of the program is related to the absence of written policies, qualification of personnel in the area, the use of artificial hidratacion in the nursery at the hospital, incomplete reports and reference to other professionals, and absence of feedback between the ambulatory and hospitalization systems. The authors propose a program trough 3 years to surpass these weaknesses.

**Key words:** Lactancy, breastfeeding, bonding, breastfeeding friendly hospital.

## **Introducción**

En 1992, UNICEF en conjunto con el Ministerio de Salud lanzó la iniciativa “Hospital Amigo del Niño y de la Madre” para apoyar la lactancia materna, aumentando el porcentaje de lactancia materna en el país. El Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica (HCUC) de Chile junto con las áreas docente-asistenciales que juntos constituyen la Red de Salud UC de la Facultad de Medicina han desarrollado en el Área Materno-Infantil una larga trayectoria en el fomento y promoción de la lactancia materna, estando siempre a la vanguardia en este tema por considerarlo de vital importancia para mejorar la condición de salud de la población. Es así como en 1992 el HCUC, junto con otros dos Centros de Salud del Área Pública, fueron acreditados, por primera vez en Chile, como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre por una iniciativa de la UNICEF, instancia que posteriormente se integraría a las políticas del Ministerio de Salud chileno (MINSAL). En esa oportunidad, el HCUC participó en la preparación de los dos Hospitales Públicos acreditados, compartiendo la experiencia y el campo clínico en la formación de los profesionales. Desde la acreditación a la fecha han transcurrido once años. Por ello hemos considerado necesario evaluar la adherencia actual al cumplimiento de los 10 pasos que nos certifican como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, considerando la incorporación de nuevas dependencias que conforman la Red de Salud UC.

Actualmente la Red de Salud UC está constituida por el Hospital Clínico, Clínica UC San Carlos, Clínica Universidad Católica, Centro del Cáncer Nuestra Señora de la Esperanza, cinco Centros Médicos ambulatorios, cinco Centros de Especialidades y doce Unidades de Laboratorios Clínicos. Además en el ámbito docente, los avances científicos y tecnológicos han llevado a las Escuelas de Medicina y Enfermería a estar permanentemente adaptando los currículum de los alumnos de pregrado, con el fin de que los profesionales sean capaces de satisfacer las necesidades reales de salud del país.

Para esta evaluación nos propusimos: 1. evaluar la adherencia a los diez pasos de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre en el ámbito hospitalario; 2. evaluar los Centros Ambulatorios como grupos de apoyo en la iniciativa de los Hospitales Amigos, y 3. Evaluar las dificultades de un centro privado para mantener la adherencia a las políticas de los Hospitales Amigos.

### *Antecedentes teóricos*

En el año 1989, en una reunión conjunta celebrada por OMS y UNICEF para tratar el tema de “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural”, se consideraron las 16 Recomendaciones de

Fortaleza del año 1985, cuando se definió que “el parto es un acontecimiento fisiológico”. Los expertos definieron las políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los niños del mundo. Esta estrategia se inició considerando 12 países como “países iniciadores”. (Juez, 1992 y UNICEF, 1994)

En el año 1992, esta iniciativa se integró como parte de las políticas del Ministerio de Salud de Chile donde se acreditarían los Hospitales y Clínicas que cumplieran con los estándares definidos a cumplir en nuestro país. El componente central de estas políticas está contenido en un código que recomienda diez pasos básicos para lograr una lactancia exitosa, los que constituyen en Chile la base de la Iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre. (UNICEF 1992; Valdés, Pérez y Labbok, 1994; y Schellhorn y Valdés 1995)

En la actualidad en el mundo hay más de 16.000 hospitales Pro-Lactancia; en Chile se han acreditado 35 hospitales y 14 consultorios con esta iniciativa, lo que se ha asociado a la mejoría experimentada en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida que corresponde al 39% (MINSAL, 2002; y Valdés, Jiménez, Ávila, 2002). Debido a que las necesidades en los países en vías de desarrollo son muchas y los recursos escasos, el alimentar con leche materna al niño hasta los seis meses en forma exclusiva significa disminuir en forma importante la morbimortalidad infantil gracias a las ventajas del amamantamiento. UNICEF (sf)

### **Ventajas de la lactancia materna (UNICEF, 2003)**

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño, la madre, para la sociedad y la humanidad, destacando los siguientes:

#### *I. Beneficios para el niño:*

*Nutrición óptima:* Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

*Nutrición adecuada para prematuros:* La madre de un prematuro produce un tipo de leche que es el alimento adecuado para este niño; en algunas circunstancias es necesario suplementarla.

*Reduce la hiperbilirrubinemia neonatal:* En el recién nacido el calostro elimina oportunamente el meconio reduciendo el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal.

*Protección inmunológica:* El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficientes elementos para proteger al lactante de enfermedades y a su vez estimulan la respuesta inmunológica propia del niño, protegiéndolo frente a enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, alergias, entre otras. (Valdés, 1999)

*Fácil digestibilidad:* Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, empleándose al máximo sus componentes.

*Crecimiento y desarrollo óptimo:* Los niños que se alimentan con leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida logran un adecuado crecimiento y desarrollo. Luego mantienen este nivel de crecimiento si además de leche materna reciben alimentación complementaria hasta los doce meses.

*Favorece el desarrollo neurológico e intelectual del niño:* Los niños amamantados son más activos, ágiles, aprenden más rápido y tienen menos trastornos del lenguaje; presentan mejor desarrollo psicomotor. Aquí el cerebro crece en forma acelerada y se produce el perfeccionamiento neurológico (Schellhorn y Valdés 1995). También se ha comprobado que los niños tienen un coeficiente intelectual, medido a los 8 años, superior a los que no reciben lactancia materna.

*Favorece el desarrollo dentomaxilofacial:* Con el amamantamiento se favorece el equilibrio de succión-deglución-respiración y la posterior maduración de las funciones bucales de masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje.

*Favorece la organización sensorial, biocronológica y patrones afectivos:* Al amamantar el niño organiza los patrones sensoriales presentando mayor agudeza visual, auditiva, al tacto, olfativa y del gusto que los alimentados con mamadera y fórmula.

### Beneficios para la madre:

*Retracción del útero:* La ocitocina liberada por estímulo de la succión favorece la contracción uterina evitando el sangramiento y reduce su tamaño.

*Recuperación de los pechos:* El estímulo y vaciamiento de las mamas evita su congestión y mantiene la elasticidad y firmeza de las estructuras.

*Recuperación del peso, recuperación del físico de la mujer:* Ayuda a la pérdida de peso excedente, con un aspecto físico más vital y armónico.

*Prevención del cáncer de mamas y ovarios:* La lactancia materna reduce el riesgo de desarrollar cáncer de mamas y de ovarios.

*Establecimiento del apego:* El realizar contacto precoz entre el binomio madre-hijo apenas ocurre el parto con el amamantamiento se crea un fuerte lazo, “el apego”, lo que induce a un sentimiento de admiración, protección y ternura muy intenso por parte de la madre hacia el niño.

*Satisfacción emocional de la madre:* Al sentir que es útil para su hijo, crea un sentimiento de autovaloración.

### Beneficios para la familia:

*Refuerzo de los lazos afectivos familiares:* La llegada y el amamantamiento de un niño en un hogar constituye una experiencia familiar donde se acrecientan los lazos afectivos y la solidaridad.

*Prevención del maltrato infantil:* Una madre que amamanta mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada con menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

*Espaciamiento de los nacimientos:* Con el método lactancia materna y amenorrea (LAM) se reduce la frecuencia de embarazos. Se ha demostrado que protege un 99% del riesgo a un nuevo embarazo. (Schellhorn y Valdés 1995)

### Beneficios para la sociedad:

*Disminución de la morbimortalidad infantil:* Si las madres del mundo amamantaran hasta los seis meses exclusivo, se evitaría más de un millón de muertes de niños por año.



## PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

*Economía de recursos:* La lactancia materna ahorra gran cantidad de dinero a las familias, a las instituciones, al país y al mundo por concepto de costo en leches de vaca o fórmulas, mamaderas y accesorios, por hospitalizaciones y/o tratamientos, gastos en maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de las madres por hijos menores de un año enfermos, y por producción-almacenamiento-promoción-transporte y evacuación de envases.

Ventajas ecológicas:

*La leche materna es un recurso natural renovable:* Actúa en el control del crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni ocasiona contaminación; no incurre en gastos de fabricación y de comercialización y no requiere envases ni preparación. (Valdés, Pérez, Labbok; 1994)

## Hospitales amigos del niño y de la madre

Los diez pasos para la lactancia exitosa (UNICEF, 1992):

Este decálogo práctico apoyado por la OMS y la UNICEF (2003) plantea la clave para un buen inicio de la lactancia en las maternidades y es la base a través de la cual se evaluarán los hospitales para designarlos "Hospitales Pro-Lactancia o Amigos del Niño y de la Madre":

1. *Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal.* Los hospitales deben contar con una norma escrita sobre lactancia que incluya los otros nueve puntos, dársela a conocer a todo el personal y exponerla en un lugar visible.
2. *Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.* El manejo clínico de la lactancia es un tema que en general no se trata en profundidad en las escuelas profesionales de la salud y que ha presentado grandes avances en los últimos años, por lo que se debe capacitar y actualizar al equipo para que ofrezcan a la madre un apoyo eficaz para iniciar la lactancia previniendo problemas. El instrumento BFHL exige que todo el personal haya participado de un curso de un mínimo de 18 horas, incluidas tres horas de práctica clínica, capacitación que debe tener un reciclaje periódico.
3. *Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.* El embarazo es el momento durante el cual la mujer se encuentra más receptiva para aprender en relación al cuidado de su hijo y a tomar decisiones sobre la alimentación del niño; ella debe estar en conocimiento de las ventajas de la lactancia para la madre y el niño para tomar una decisión bien fundada. Ese también es el período cuando se le deben enseñar las técnicas de amamantamiento para que al nacer el niño sea sólo un recordar lo que ya aprendió y pueda ponerlas en práctica de inmediato.
4. *Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.* El poner al niño a mamar dentro de esa primera media hora tiene ventajas para la madre y el niño. La succión de

la mama produce una descarga de ocitocina, la que a la vez contrae el útero, disminuyendo el sangrado postparto. El niño, durante la primera hora se encuentra en un estado de alerta tranquilo en el que es capaz de fijar la vista, mirar alrededor y tiene los reflejos activos para una buena succión. Si el niño es de término y sano, no se va a enfriar si queda en contacto con la madre y recibe calostro que lo inmunizará. Todos los procedimientos que incluyen peso, aseo, vitamina K, gotas oculares no involucran urgencia y pueden esperar hasta que la madre y el niño tengan oportunidad de estar juntos, tranquilos, conocerse y amamantar.

5. *Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.* La responsabilidad de enseñarle a la madre cómo amamantar a su hijo cae sobre el equipo de salud, quien debe demostrarlo en forma práctica durante la primera mamada y supervisar repetidamente la técnica de amamantamiento para evitar problemas de dolor, grietas y congestión mamaria. Si un niño nace enfermo o prematuro tiene aún más necesidad de la leche de su madre, por lo que se debe enseñar en forma práctica el método de extracción de leche y apoyarla a que sea capaz de mantener su producción. Esta misma técnica debe ser enseñada a todas las madres para evitar la congestión mamaria y en caso que tengan que dejar al niño para ir a trabajar.
6. *No dar a los niños más que leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.* La leche de su madre es el único alimento fisiológicamente adecuado para los recién nacidos, que cubre los requerimientos durante ese período junto con entregarle factores inmunológicos activos que lo protegen. Si un recién nacido normal se alimenta precoz, frecuente y efectivamente con calostro, no presenta riesgos de hipoglicemia, que constituye una de las principales causas de suplementación. La suplementación tiene el riesgo de acostumbrar a un niño al uso del chupete y mamadera, de sensibilizarlo a las proteínas de la leche de vaca, diluir e interferir con los factores inmunológicos del calostro y por último dar a la madre el mensaje de que no es capaz de alimentar a su hijo.
7. *Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas.* Para que una lactancia sea efectiva, ésta no puede tener restricciones de horarios, por lo que la madre y el niño deben estar juntos día y noche, al separarlos tendrá menos ocasiones de mamar, con mayor riesgo de recibir fórmula.
8. *Fomentar la lactancia natural cada vez que lo solicite.* La lactancia libre demanda, por parte de la madre o del niño, es la base fisiológica de la regulación de la producción de leche, por lo que no se debe interferir definiendo horarios de mamadas, con excepción del niño pequeño y somnoliento con el cual deberá tomar la iniciativa de despertarlo para alimentarlo.
9. *No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.* Los niños amamantados no tienen necesidad de usar chupetes, si lo hacen pueden presentar dificultades al mamar debido a que la mecánica de la succión del chupete es muy diferente a la del amamantamiento, existiendo niños a los que les resulta muy difícil mamar después de haberlos usado.

10. *Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.* El inicio de la lactancia natural es un período crítico durante el cual las madres requieren apoyo personalizado. Existen en nuestro país experiencias exitosas de “Clínicas de Lactancia” en las cuales el equipo de salud a través de atención individual o grupal previene y soluciona los problemas de lactancia que presentan las madres. El atender estos problemas resulta esencial para la mantención de lactancias exitosas y prolongadas hasta los seis meses de vida del niño. Toda madre que sale de la maternidad debe saber dónde acudir en caso de presentar problemas de lactancia. (Schellhorn y Valdés, 1995)

### Metodología

Con el fin de tener un monitoreo del cumplimiento de cada uno de los Diez Pasos que nos certifican como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, se reorganizó el Comité de Lactancia Materna, constituyéndose inicialmente por enfermeras-matronas del hospital y de las áreas afines y posteriormente médicos que trabajan fuertemente con esta filosofía de atención. Se distribuyeron labores tendientes a realizar un diagnóstico de la situación actual de cada punto, bajo modalidades de auditoría clínica y de registros, supervisión en terreno, encuestas a personal interno y entrevistas a madres en sus primeros días de atención. Finalmente, se revisan los resultados y, en base a su análisis, se acuerdan medidas de intervención.

### *Instrumentos de evaluación*

Se confeccionaron y aplicaron cinco instrumentos elaborados por el equipo a los diversos actores en este proceso: enfermeras y matronas coordinadoras o asistenciales de los servicios de neonatología de las clínicas y del hospital UC, y de San Joaquín, Centro de Especialidades Pediátricas (CEP) y Centro Médico de Nuestra Señora de la Paz. Además entrevistamos a madres de recién nacidos hospitalizados en relación a adherencia al lactario; a madres púérperas sobre uso de nursery y a las madres sobre educación prenatal.

#### A. Cuestionario educación en lactancia materna destinada a enfermeras coordinadoras

- ¿Cuenta en su servicio con normas, protocolos, pautas de cotejo para evaluar la educación en lactancia materna entregada a las madres?
- ¿Cuenta con material educativo para apoyar la educación que se entrega a las madres?
- ¿Tiene un sistema de registros donde anotar la educación impartida en lactancia materna?
- ¿Existe algún sistema de evaluación para determinar la forma en que el personal de Enfermería entrega los contenidos educativos?
- ¿Conoce la educación impartida y/o información que trae la madre previo a su ingreso al servicio?
- ¿Cómo informa al servicio de referencia la educación entregada a la madre?
- ¿Cuál es el porcentaje de los usuarios de su servicio que se controlan en Red de Salud UC?
- ¿Qué sistemas de extracción de leche enseña en su servicio?

B. Entrevista a enfermeras y matronas coordinadoras o asistenciales de servicios de neonatología de clínicas privadas y de hospitales de la red hospitalaria ministerial sobre sistemas de extracción de leche

¿Qué sistemas de extracción de leche están permitidos en su servicio y se enseñan a las madres de los RN hospitalizados?

¿Se extraen con bombas en domicilio o sólo en el servicio? ¿Cómo transportan la leche?

¿Se exige algún tipo especial de bomba?

¿Qué cuidados requieren las bombas en cuanto a limpieza para disminuir el riesgo de contaminación?

¿Congelan leche? ¿Educan al respecto?

C. Entrevista a madres de recién nacidos hospitalizados en relación a adherencia al lactario

¿Se extrae leche para alimentar a su guaguüita?

¿Quién le enseñó a extraerse leche?

¿Dónde se la extrae?

¿Qué sistema emplea de extracción?

¿Cuánto volumen de leche trae al día?

¿Por qué se extrae la leche de manera diferente a la técnica enseñada?

D. Entrevista a madres puérperas sobre uso de nursery

¿Sabía antes del parto que existía una nursery?

¿Todas las noches su hijo es llevado a la nursery?

¿Cuántas horas el niño permanece en la nursery?

¿Mientras está en la nursery se lo llevan a amamantar?

E. Encuesta a las madres sobre educación prenatal

Edad

Paridad

Lugar de control prenatal

¿Recibió alguna información sobre lactancia materna?

¿Quién le dio la educación? ¿Médico? ¿Enfermera-matrona? ¿Auxiliar de enfermería?, ¿Matrona privada? ¿No reconoce agente educador?

Metodología empleada: charla grupal\_\_\_ individual\_\_\_ con su pareja\_\_\_

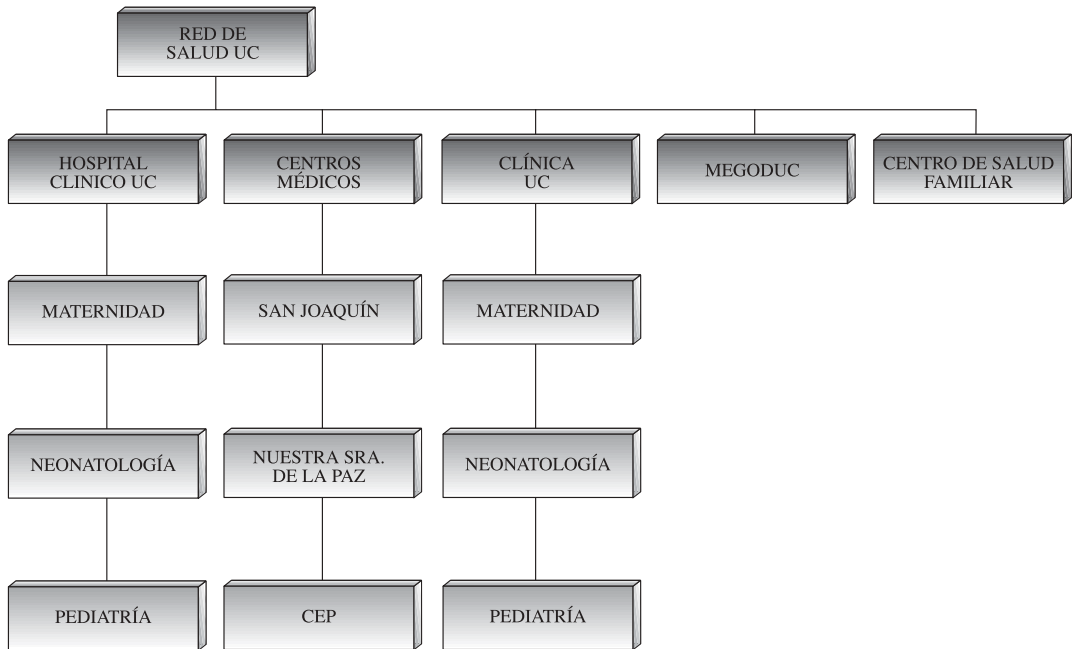
¿Antes ha amamantado? ¿Cómo fue su experiencia?

**Resultados:**

A continuación se muestran los resultados siguiendo el orden de los diez pasos propuestos para ser considerado como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".

1. *Disponer de una política escrita*

Se identificaron las unidades que participan en el manejo de la Lactancia Materna dentro de la *Red de Salud UC* y, posteriormente, se verificó la existencia de políticas y normas en ellas.



Cuando se evaluó la existencia de políticas y normas, se encontró que en el HCUC los servicios de Maternidad, Neonatología, Pediatría y el servicio dietético de leche (SEDILE) y en el Centro Médico San Joaquín, disponen de un 40% de políticas y normas escritas (área hospitalaria 25% y área ambulatoria 20%). Sin embargo, en el resto de los Centros Ambulatorios que se fueron incorporando debido al crecimiento de la organización no existen normas escritas en lactancia requeridas con el enfoque de los Hospitales Amigos.

2. *Capacitar a todo el personal*

Para medir el grado de competencias en el área se utilizó como indicador la asistencia y aprobación formal del curso “Lactancia en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre” realizado por la doctora Verónica Valdés y su equipo. No fue considerada la educación continua local realizada por cada servicio en esta materia. Los resultados de Red de Salud UC muestran que, de un total de 90 enfermeras, el 63% de ellas está capacitada formalmente en lactancia materna y que de 128 auxiliares de enfermería, el 50,5%, tiene aprobado este curso. Los servicios con mayor capacitación en el área hospitalaria son las enfermeras-matronas del Servicio de Obstetricia del HCUC con el 64,3% y del Servicio de Puerperio de la Clínica UC con el 100%. Del área ambulatoria, el Centro

Médico San Joaquín, Centro Médico Nuestra Señora de la Paz y Centro de Especialidades Pediátricas tienen el 100% capacitado, mientras que el Centro de Salud Familiar sólo el 50%. Las auxiliares de enfermería con mayor capacitación a nivel hospitalario se encuentran en la Unidad de Neonatología HCUC, con el 75%. Cabe hacer notar que en el área ambulatoria de la red la Lactancia Materna la maneja la enfermera-matrona.

### *3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia*

Se evaluaron todos los Centros de **Red de Salud UC**, que entregan información a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia. Cada mes controla su gestación un promedio de 150 mujeres embarazadas y tienen su parto en **Red de Salud UC**. Ellas reciben educación a través de folletos escritos, charlas educativas, cursos a las parejas organizados localmente, sin embargo no hay registros que demuestren que el 100% de ellas haya recibido información y de qué tipo. En un estudio de prevalencia realizado en el año 2000 sobre Lactancia Materna se mostró que sólo un 28% de las embarazadas controladas en **Red de Salud UC** que asisten al CMSJ recibió educación prenatal en lactancia, el que habría disminuido a un 11% en el año 2002 (Martínez, Segovia, Campos, Lucchini, Márquez y Véliz, 2002). En el 2003 se encuestó a las puérperas del HCUC, encontrándose que sólo el 20,3% reciben educación prenatal; de ellas, el 26% fue educada en las consultas privadas de Lira, 17,3% en el CM Alcántara, 13% en el CM San Joaquín y 13% en el CM N. S. de la Paz.

### *4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de los primeros 30 minutos*

Para evaluar el cumplimiento de este paso se revisó el Protocolo de Apego y Lactancia Precoz existente en Maternidad y Neonatología, encontrándose que 100% de los recién nacidos en el HCUC se coloca en contacto precoz con sus madres, salvo en contadas ocasiones derivadas de la situación de salud del recién nacido. Todo el personal de enfermería de los Servicios de Maternidad y Neonatología está capacitado en las prácticas de Apego y Lactancia Precoz. Sin embargo, el 42% de los partos son privados, lo que en algunos casos representa diferencias de criterios importantes.

### *5. Mostrar a las madres cómo amamantar al niño y cómo mantener la lactancia materna*

Se evaluaron dos aspectos en este punto: a. se evaluaron las técnicas educativas utilizadas para apoyar a las madres a iniciar una lactancia exitosa y mantenerla a nivel ambulatorio y hospitalario y b. se evaluaron los sistemas de mantenimiento y conservación de la leche materna en Clínicas y Hospitales. En el HCUC se observó que existe siempre la ayuda a iniciar el amamantamiento en el postparto inmediato y en la recuperación conjunta. En efecto, en puerperio se apoya al 100% de las madres en el amamantamiento (protocolo de recién nacido) y se fomenta la habitación conjunta. Sin embargo, un 60% de las madres solicitan que sus hijos sean retirados por un período de cuatro horas para descansar, lo que constituye un riesgo que puede afectar el buen desarrollo de la lactancia. En niños hospitalizados se favorece el amamantamiento y se enseña a las madres la técnica de extracción manual de leche que puede realizarse en un lactario. Si la extracción es en domicilio, la madre traslada la leche en un recipiente especial y la entrega en el Servicio Dietética de Leche (SEDILE) en un horario establecido.

Por otra parte, en el área ambulatoria se cuenta con Clínicas de Lactancia y Consultas de Educación para el Autocuidado en Salud (EPAS), que brindan apoyo al amamantamiento y mantenimiento de la lactancia exclusiva directamente y por apoyo telefónico. A pesar de ello, en un estudio realizado en el CMSJ del año 2000 se mostró que el porcentaje de Lactancia Materna exclusiva a los seis meses era sólo de un 27% (Valdés, Jiménez y Ávila, 2002)

### *6. No dar a los recién nacidos más que leche materna*

Para determinar este punto, se evaluó la experiencia en puerperio y neonatología. En un estudio efectuado el año 2002, se encontró que en el área de Puerperio los RN reciben pecho materno y en situaciones puntuales fórmula láctea sólo por indicación médica, que corresponde al 7% del total de las alimentaciones recibidas por los recién nacidos (Muñoz M., 2002). Sin embargo, cuando se evaluó el impacto de la nursery en la lactancia en el año 2003, se observó que en promedio, los recién nacidos reciben una mamadera de suero glucosado en su estadía en la nursery. En el caso de Neonatología se da prioridad al pecho materno y a la extracción manual de leche para la alimentación Galleguillos, J., Saldías, M.I., Varas, K., Quezada, M. Cabezas, V. (2003). En el 1998 se realizó una evaluación donde se encontró un 91% de adherencia al Programa Lactario, un 54% de prematuros recibían leche materna desde el segundo día de vida llegando a cubrir entre un 80-100% del volumen enteral desde la tercera semana de vida. Al alta, un 66,6% de los niños hospitalizados se alimentaban con pecho exclusivo (Saldías, 1998). Al comparar con estudios posteriores, en 2001 los prematuros cubrieron los requerimientos de LM en un 83% del aporte enteral, el inicio de la alimentación oral se ha retrasado hasta 72 horas de vida y que los prematuros extremos tardaron hasta nueve días en iniciar el aporte enteral. Al alta, un 40% de los clientes derivados al control ambulatorio iban con pecho materno exclusivo (Ascencio, 2002). Entre junio-julio de 2003 se hizo un seguimiento por dos semanas a las madres que dejaban leche diariamente para sus hijos correspondiendo al 80%, donde un 35% emplea otro sistema que no es la extracción manual. (Informe Servicio de Neonatología). Por último, no existen registros mantenidos en el tiempo sobre el número de recién nacidos que son derivados al control ambulatorio con lactancia materna exclusiva, lo cual no permite conocer el dato de autoindicación de fórmulas lácteas como complemento.

### *7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas*

Este paso se evaluó midiendo el cumplimiento de alojamiento conjunto en el puerperio del HCUC (pacientes sala y pensionado) y la Clínica UC (pacientes pensionado) las 24 horas del día. También se evaluó el impacto de la nursery en la lactancia en el HCUC. En este sentido, en nuestra institución se ha mantenido por años el alojamiento conjunto de la madre y niño; sin embargo, en el año 2001 se creó una nursery en el HCUC, como resultado de la encuesta de satisfacción usuaria de las madres hospitalizadas en el puerperio, que manifestaban insatisfacción en relación al reposo y sueño de ellas. Actualmente, entre el 80-100% de las madres solicitan que sus hijos sean llevados por un período promedio de 3,5 horas a la nursery, permaneciendo alrededor de 21 horas juntos. En la Clínica UC también se llevan los RN a la nursery durante la noche y cada vez que el niño lo requiera se lleva al

pecho. Cuando se evaluó el impacto de la nursery en la lactancia, se observó un incremento de 100% en la administración de suero glucosado por vía oral, sin mediar indicación médica.

### *8. Fomentar la lactancia libre demanda*

En las áreas de Puerperio del Hospital como en la Clínica UC se encontró que el 100% de los recién nacidos sanos son amamantados a libre demanda, siguiendo las recomendaciones establecidas en el Protocolo de Recién Nacido. En el área ambulatoria, en las consultas EPAS también se evalúa y se educa a la población materna para apoyar la lactancia materna exclusiva. Si es necesario, se derivan a la Clínica de Lactancia que es otra instancia de dedicación exclusiva a la lactancia. En un estudio del año 2000, se determinó que un 67,39% de las madres recibieron educación en lactancia en las consultas EPA de recién nacido y un 23,1% fueron derivadas a las clínicas de lactancia por problemas y un 2,9% por madre que trabaja. El CMSJ ese año el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los seis meses era sólo de 27%, siendo la prevalencia nacional de 39%. (Jiménez, Ávila, y Valdés, 2000)

### *9. No dar chupete a los niños amamantados*

Se realiza evaluación supervisada en las distintas áreas hospitalarias donde los niños son amamantados. En el área de Puerperio del HCUC los niños amamantados no emplean chupetes de entretenimiento y cuando van a la nursery los recién nacidos sanos reciben suero glucosado en mamadera. Sólo se utiliza el chupete para ejercitar la succión no nutritiva en los recién nacidos hospitalizados, especialmente en prematuros.

### *10. Fomentar el establecimiento de los grupos de apoyo*

En la actualidad, en el área ambulatoria existen tres Consultas EPA y tres Clínicas de Lactancia ubicadas en centros médicos, que a su vez están unificando la forma de llevar a cabo sus actividades, con normas compartidas. Una de ellas cuenta con Apoyo a los Padres de enfermeras matronas docentes y asistenciales, a través de consulta telefónica las 24 horas del día que se evaluó el año 2002, encontrándose que un 21,7% de consultas eran por problemas de lactancia (Campos, Márquez y Lucchini, 2002). Este servicio es desconocido en el área hospitalaria, por lo tanto no tienen retroalimentación sobre los motivos de consulta y problemas de lactancia de mayor relevancia, lo que sería de gran utilidad para fortalecer los aspectos débiles en puericultura y neonatología.

## **Análisis y discusión**

Dado el crecimiento acelerado que ha experimentado la organización, en los últimos 11 años se ha producido una falta de coordinación entre las nuevas dependencias y el HCUC, manifestándose en una falta de continuidad en la atención, ya que las normas políticas de lactancia del año 1992 no fueron difundidas y cada lugar creó sus normas locales. Además, se detectó un déficit en los registros, que interfiere en una evaluación objetiva en algunos aspectos del proceso.



## PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Respecto a la capacitación, se consideró como indicador de capacitación del personal haber asistido al curso “Lactancia en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre” que es de alta exigencia y permite acreditar al personal como experto en el tema. Esto determinó que el porcentaje de personas capacitadas no fuera el óptimo. Otro factor que incide en los resultados es la integración de personal nuevo y la rotación de personal existente.

El cambio de modalidad del control prenatal en algunas dependencias de la Red de Salud UC ha determinado una disminución de la participación de la enfermera-matrona, afectando directamente el rol educativo que ella debería cumplir, como por ejemplo informar a las embarazadas sobre beneficios de la LM. Educar requiere establecer una relación con la madre para garantizar la continuidad del cuidado.

Todas las madres inician la lactancia dentro de los primeros 30 minutos de vida del niño, por lo que esta regla se cumple en el 100% de los recién nacidos sanos.

No todas las madres que controlan el embarazo en Red de Salud UC reciben educación sobre amamantamiento y técnicas de extracción de leche. Además se detectó diversidad en los contenidos educativos y material de apoyo entregado a los usuarios. Durante la permanencia en puerperio, las madres emplean la nursery del servicio. Esta no ha logrado satisfacer ambos objetivos –descanso materno y mantención de la lactancia exclusiva– ya que en éstas se da a ingerir suero glucosado en el período de permanencia de los recién nacidos en esta sala, lo que se evitaría si se lleva a los niños a amamantar cuando ellos lo requieren.

En el caso de los recién nacidos hospitalizados, se enseña la técnica de extracción manual de leche a las madres que lo necesitan. Las técnicas empleadas de extracción manual de leche han sido evaluadas en otros servicios de Neonatología tanto privados como de la red de hospitales del MIN-SAL, resultando habitual el uso de bombas eléctricas y manuales de extracción de leche y que no tienen riesgos para el niño. Esto está confirmado por la bibliografía, por lo que se hace necesaria su implementación.

Es necesario fomentar el establecimiento de grupos de apoyo, pues falta optimizar los sistemas de referencia y contrarreferencia entre las áreas hospitalaria-ambulatoria, tanto de los pacientes institucionales como los privados, para mantener la adherencia a los diez pasos de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre en la Red de Salud UC.

## Conclusiones y sugerencias

De los diez pasos que nos exigen para acreditar como Hospital Amigo del Niño y de la Madre se ha evaluado el cumplimiento de cada uno de ellos, encontrándose que se ha logrado a través de estos años la práctica de apego en el 100% de los partos sin riesgo y un destacable esfuerzo y disposición del personal en favorecer precozmente el amamantamiento. Sin embargo, a pesar de ello existen varios puntos débiles que deben mejorarse en las políticas, en capacitación, educación de la mujer embarazada, en el uso adecuado de nursery, en el déficit de los registros y en el funcionamiento de referencia y contrarreferencia entre las áreas hospitalarias y ambulatorias, tanto en pacientes institucionales como privados. Por ello se propone un programa de fortalecimiento de la lactancia materna para la Red de Salud UC, que se comunica a continuación:

## *Programa de fortalecimiento de lactancia materna*

Este programa está diseñado para fortalecer la Lactancia Materna en las dependencias docente asistenciales de los Centros de Salud de la Facultad de Medicina UC. El seguimiento y fortalecimiento de los pasos de la filosofía de los “Hospitales Amigos del Niño y del Madre” será de responsabilidad del Comité de Lactancia Materna UC para el período 2003-2005.

### I. Disponer de una política escrita

Revitalizar el Comité de Lactancia Materna integrado por enfermeras-matronas, médicos de todos los puntos de Red de Salud UC y docentes de la Escuela de Enfermería y Medicina que participan en manejo de la lactancia o formación de alumnos.

Revisar, actualizar, unificar criterios y difundir las normas técnicas de Lactancia Materna con todos los integrantes del comité.

Protocolizar los sistemas de referencia y contrarreferencia entre el nivel ambulatorio y hospitalario.

### II. Capacitar a todo el personal

Exigir la capacitación a todo el personal de Enfermería del área Materno-Infantil a través del curso “Lactancia en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre”.

Revisar el tema de la Lactancia Materna en el currículum de formación de pregrado y postgrado en las carreras de Enfermería y Medicina UC. Efectuar seminarios periódicos de actualización.

Solicitud de apoyo a los académicos en el fortalecimiento del tema, a través de los Jefes de Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

Establecer las competencias del personal de enfermería en relación a Lactancia Materna y comparar con estándares internacionales.

### III. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

Unificar educación en toda el área prenatal sobre los beneficios de la Lactancia Materna que quedará estipulado en las normas del tema de Red de Salud UC.

Desarrollar sistemas de registro y evaluación de la educación impartida a las embarazadas.

### IV. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de los primeros 30 minutos

Difundir como Política institucional el Protocolo de Apego y Lactancia Precoz, que debe ser cumplido por todo el personal médico y de enfermería que asiste un parto.

### V. Mostrar a las madres cómo amamantar al niño y cómo mantener la lactancia materna

Unificar educación prenatal sobre técnicas de amamantamiento y extracción de leche.

Registrar contenidos educativos para monitorear cumplimiento en las distintas etapas del embarazo y puerperio.

## PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Mantener amamantamiento exclusivo en binomio madre-hijo sano en puerperio.

Flexibilización de los horarios atención del SEDILE.

Incorporación de nuevas modalidades de extracción y conservación de leche.

### VI. No dar a los recién nacidos más que leche materna

Los recién nacidos en puerperio se alimentarán sólo con lactancia materna libre demanda.

Crear otra sala para extracción de leche en puerperio, de modo que las madres sean entrenadas e inicien la extracción de leche durante su hospitalización.

Fortalecer la información a los alumnos, internos y/o residentes que participan en las indicaciones sobre la política de amamantamiento exclusivo en los recién nacidos.

Incorporar el sistema de congelación de leche materna, para disponer de ella en el momento del inicio de la alimentación enteral de los recién nacidos hospitalizados.

Incorporar bombas manuales o eléctricas, como alternativa a la extracción manual en los casos que sea necesario.

### VII. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas

Ofrecer el alojamiento conjunto.

Ofrecer sólo si es necesario la nursery a madres cesarizadas en primer día o con patologías que requieran reposo o estén en aislamiento.

Dar información sobre la política de internación conjunta del hospital y solicitar un consentimiento informado a las madres que deseen optar por la nursery.

El tiempo de permanencia en la nursery es entre tres y cuatro horas.

Crear un sistema de registros sobre Lactancia Materna exclusiva al alta y su posterior continuidad en el área ambulatoria.

### VIII. Fomentar la lactancia libre demanda

Trabajar en el desarrollo de una política que involucre a todo el equipo materno-infantil en su formación y capacitación orientado al fomento del amamantamiento exclusivo hasta el sexto mes.

### IX. No dar chupete a los niños amamantados

Educar desde el control prenatal en relación al no uso de chupetes de entretención.

No indicar su uso en recién nacidos sanos, ni en recién nacidos hospitalizados que se amamenten.

### X. Fomentar el establecimiento de los grupos de apoyo

Educar a padres sobre sistemas de apoyo.

Uniformidad en las Normas de la Atención al Cliente.

Desarrollar material de apoyo y educativo para la red.

Desarrollar un sistema de Referencia y Contrarreferencia entre el Área Hospitalaria y los Grupos de Apoyo.

Difusión de resultados obtenidos en el área ambulatoria y viceversa.

## Referencias Bibliográficas

- Ascencio S. (2002). *Porcentaje de los diferentes tipos de leche aportados a los recién nacidos prematuros con peso de nacimiento menor de 1500 gramos, nacidos y hospitalizados en el Hospital Clínico de la UC durante las dos primeras semanas de vida en el primer semestre del año*. Np, Trabajo de Internado en Enfermería Neonatal HCUC.
- Campos, C., Márquez, F., y Lucchini, C. (2002). El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería* 8(2), 73-78.
- Collao, C., Cruz, C., Torres, C. (2002). *Relación entre el amamantamiento y la manifestación del dolor en lactantes sometidos a vacunación subcutánea*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica de Chile.
- Ilabaca, J., Atalah, E. (2002). Tendencia de la lactancia materna en el servicio de salud metropolitano sur. *Rev. Chil. Pediatr.* 73(29), 127-134.
- Jiménez, M., Avila, D., y Valdés, V. (2000). Prevalencia de la Lactancia Materna. Presentación en Reunión Clínica. (np). Facultad de Medicina. PUC. Santiago, Chile.
- Juez, G. (1992, agosto). Ventajas de la lactancia materna en, I Taller Hospital Amigo del niño y de la madre. MINSAL, UNICEF, OPS, OMS.
- Martínez, M., Segovia, M. (2003) Prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Investigación realizada en el Internado de Enfermería en Centro Médico Nuestra Señora de la Paz y Centro Médico San Joaquín.
- MINSAL (2002). Listado de hospitales y consultorios acreditados como amigos del niño y de la madre. Chile 2002. Recuperado el 13 de diciembre 2002 de [http:// www.unicef.cl/indicadores/hospitales.htm](http://www.unicef.cl/indicadores/hospitales.htm)
- Muñoz, H. (2002). Aspectos evolutivos y antropológicos de la relación madre-hijo. Abstract en Seminario Internacional *El Apego, un nuevo paradigma para la Obstetricia y la Neonatología*. Universidad de Chile.
- Muñoz M. (2002). Percepción de las madres de los recién nacidos hospitalizados. La educación y apoyo entregado en lactancia materna. Informe. Internado de Enfermería en Neonatología Hospital UC y Escuela de Enfermería UC.
- OMS, UNICEF (1989). Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Recuperado el 10 de agosto, 2003, de [www.oms.org](http://www.oms.org)
- Quezada, M., y Mejías, U. (2002) *Síndrome de Down y lactancia materna: morbilidad y calidad de vínculo*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica de Chile.
- Saldías, M. I. (1998). *Eficacia y eficiencia del Lactario en el Servicio de Neonatología Hospital UC*. np. Informe anual de Enfermería del Servicio Neonatología. HCUC . Santiago.
- Schellhorn, V., Valdés, V. (1995). *Lactancia Materna: contenidos para profesionales de la salud*. MINSAL, UNICEF, Comisión Nacional de Lactancia Materna. Santiago: Editado por UNICEF.
- Valdés, V., Pérez, A., Labbok, M. (1994). *Lactancia para la madre y el niño*. Santiago: Ed. Mediterráneo.
- Valdés, V. Lactancia materna. En J Tapia & P Ventura-Juncá, (1999). *Neonatología*. Santiago: Ed. Mediterráneo, 172-175.
- UNICEF (1992). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*. Recuperado en junio 20, 2003 de <http://www.unicef.org>.
- UNICEF (1992). *Cuestionario para la evaluación global del hospital para la Iniciativa hospitales amigos del niño de la OMS y el UNICEF*. Recuperado el 14 de agosto, 2003 de [http:// www.unicef.org](http://www.unicef.org) .
- UNICEF (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. OMS Ginebra, Suiza. Oficina de publicaciones. Recuperado el 2 de septiembre 2003 de [http:// www.unicef.cl/ archivo\\_documento/100/ estrategia\\_mundial\\_lactancia.pdf](http://www.unicef.cl/archivo_documento/100/estrategia_mundial_lactancia.pdf).
- UNICEF (1994). *¡Tomemos la iniciativa en pro de los niños!*. Nueva York: House Hall.
- UNICEF (1995). *Hacia un buen comienzo de la vida*. Comisión Nacional De Lactancia Materna. Santiago: MINSAL.

## Registro de Enfermería: una aplicación del modelo de Dorothea Orem

### *Nurses' registry: an application of the model of Dorothea Orem*

Angelina Dois Castellón

*Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Terapeuta Familiar, Profesora Auxiliar. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Claudia Pérez Acuña

*Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica, con mención en Nefrourología, Profesora Auxiliar. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Carolina Gómez Fernández

*Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Profesora Instructora. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.*

---

#### Resumen

El proceso de cuidar en enfermería es el resultado de una construcción única para cada situación particular que se origina a partir de la identificación de los problemas de salud y de las necesidades reales o potenciales de las personas que demandan cuidado y sobre todo de la perspectiva teórica que el profesional elige para dar sentido y dirección al cuidado que otorgará. Una de las teorías más desarrolladas en la Escuela de Enfermería UC es la de autocuidado. Este artículo presenta un instrumento basado en esta teoría, para el trabajo de enfermería desarrollado en servicios de cirugía ambulatorios. El proceso consideró una revisión bibliográfica, el análisis y comprensión del modelo teórico y su aplicación en un instrumento de valoración de enfermería, dirigida a incorporar algunos elementos de la Teoría del Autocuidado simplificando el lenguaje del modelo y acercando sus conceptos a la práctica clínica de manera de facilitar su aceptación e incorporación a la docencia y en el quehacer de las enfermeras.

**Palabras clave:** Registro de enfermería, autocuidado, proceso de cuidar.

#### Abstract

The process of care in nursing is the result of a unique construction for each special situation that originates with the identification of the health problems and the real or potential health needs of the people whom demand health care. Nursing care is based on a theoretical frame of nursing that endorses it. One of the theories that have most development at the school of nursing at Catholic University of Chile is selfcare nursing of Dorothea Orem. This article presents an instrument based in this theory, to guide the work of nurses developed in surgery services. The process considered the understanding of the theoretical model and a bibliographical revision, to incorporate some elements of the Theory of the Selfcare, simplifying the language of the model and applying its practical concepts to clinical nursing, as a way to facilitate its acceptance and incorporation in nursing work.

**Key words:** Nurses' registry, selfcare, nursing care process.

## Introducción

El cuidado se desarrolla desde que el ser humano existe y ha evolucionado desde ser una condición natural, un oficio ejecutado por personas de buena voluntad sin preparación, hasta que Florence Nightingale lo profesionalizó en el siglo XIX. La enfermería en la actualidad es reconocida como una profesión y disciplina, porque se basa en un cuerpo de conocimientos propios y su acción social está sustentada en evidencia científica, ética y estética.

Las teorías de Enfermería proporcionan los conocimientos que dan dirección y sustento para perfeccionar la práctica diaria y favorecen la capacidad analítica, estimulan el razonamiento, clarifican los valores y determinan el ejercicio profesional autónomo. (Vaughan, 1986)

Entre 1982 y 1992, Ita Lange, Mila Urrutia, Cecilia Campos, Sonia Jaimovich, Marisol Cantwell y Luz María Herrera, entre otras, profesoras de la Escuela de Enfermería de la PUC y enfermeras asistenciales, fueron apoyadas por la Fundación W.K. Kellogg para adaptar, desarrollar y aplicar un modelo de Educación para el Autocuidado en Salud, que permitiera una atención ambulatoria integral y desarrollara el liderazgo de las enfermeras en el Centro de Salud Ambulatorio de la Universidad Católica llamado Centro de Diagnóstico UC (CEDIUC). El modelo se llamó Educación para el Autocuidado en Salud y en su aplicación surgió la certeza de que no sólo éramos capaces de concebir y proporcionar a los usuarios una atención de salud preventiva y de promoción de su salud integral, en forma eficaz y humanizada, sino sirvió de modelo para replicarlo en Chile, algunos países de América Latina y dio visibilidad social a la Enfermería latinoamericana a nivel mundial. El proceso de reconstrucción de los conceptos originados desde el modelo de Orem al Modelo EPAS/UC implicó la creación de un modelo nuevo, que continúa inspirando a las docentes y alumnos de la UC. Sin embargo, la experiencia no logró extenderse con la misma profundidad a nivel intrahospitalario.

La *“Teoría del Déficit de Autocuidado”*, de Dorothea Orem, se apoya en el supuesto de que la *persona tiene una capacidad innata para cuidar de sí mismo*. Los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud.

Desde la mirada de Mila Urrutia (1996: 1), *“el Autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado”*.

Además, esta autora enfatiza que *“estas acciones de autocuidado requieren de un acto de conciencia y acción intencionada y calculada del usuario, que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo. Se basa en la premisa de que las personas saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar y que en cualquier circunstancia un individuo puede decidir, por cualquier razón, no iniciar la conducta de autocuidado cuando es necesaria. Las razones incluyen ansiedad, temor u otra prioridad*. (Urrutia, 1996)

Para Cavanagh (1993), la necesidad de cuidados de Enfermería aparece cuando las personas están incapacitadas para proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a problemas de salud. Siguiendo a esta misma

## PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

autora, la enfermera puede realizar muchas funciones para ayudar a los usuarios. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías: Actuar por otro o hacer algo por otro; guiar o dirigir a otros; brindar apoyo, ya sea físico o psicológico; proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales y enseñar.

Para esto se debe considerar el tipo de usuario al que se le otorgará el cuidado y los conceptos básicos de la teoría. Entre ellos:

1. Las *demandas de autocuidado* se refieren a las acciones que las personas deben realizar para cuidar de sí mismas y consideran la sumatoria y la relación de los factores condicionantes básicos y los requisitos de autocuidado.
2. *Factores condicionantes básicos* se refieren a los factores que influyen o condicionan las acciones que las personas deben realizar para cuidar de sí mismas y la habilidad para realizarlas. Entre ellos se considera la edad, sexo, estado del desarrollo, ambiente, sistema familiar, factores socioculturales y personales, patrones de vida, sistema de atención de salud y el estado de salud.
3. *Requisitos de Autocuidado* se refieren a las condiciones que el individuo debe satisfacer para cuidar de sí mismo y pueden clasificarse como universales, del desarrollo y de desviación de la salud.
4. Las *limitaciones del autocuidado* son factores que interfieren en las habilidades de la persona para llevar a cabo operaciones de autocuidado. Estas incluyen:
  - Limitaciones del conocimiento
  - Limitaciones en la toma de decisiones
  - Limitaciones para actuar (Urrutia, 1996)

Siguiendo a Orem, las enfermeras otorgarán el cuidado que el usuario requiere, clasificado según distintos Sistemas de Enfermería. Este cuidado puede ser *compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo y educación*.

Una de las críticas que frecuentemente se hace a las teorías de enfermería es su dificultad para simplificar el lenguaje que denota los conceptos a fin de facilitar su aplicación en la práctica profesional. Por esto se ha planteado la necesidad de desarrollar un instrumento de registro de enfermería relacionando los constructos de la teoría y el proceso de atención de enfermería enfatizando en la etapa de valoración de sujeto, con el propósito de utilizarlo con usuarios que asisten a un servicio de cirugía ambulatoria y en la docencia de pregrado.

La valoración detallada de las demandas de autocuidado previo a la intervención de enfermería permite planificar un cuidado de mejor calidad y eficiencia, centrado en el usuario y en sus necesidades pesquiasadas.

En general, la cirugía ambulatoria incluye intervenciones que consideran un período intraoperatorio máximo de 2 horas y alta precoz, lo que representa ventajas para el usuario, como son: menor estrés psicológico; menor exposición a las infecciones hospitalarias; menor tiempo de licencias; ahorro económico y mayor satisfacción.

## Instrumento

El supuesto del cual se partió afirma que para la consolidación del futuro profesional es necesaria la coherencia entre la docencia en aula y el quehacer clínico. En este contexto se plantea la construcción

de un instrumento de valoración de enfermería para otorgar un cuidado de calidad y eficiente, centrado en el usuario y en sus necesidades pesquisadas; difundir la teoría del Autocuidado y facilitar la aplicación de esta teoría entre los integrantes del equipo de enfermería y los alumnos.

## **Metodología**

Se desarrolló un proceso que consideró la lectura y análisis del modelo teórico original de Dorothea Orem y el Modelo EPAS UC. A partir de la comprensión de estos modelos teóricos, se construyó un instrumento que se ajustara a la situación que viven los enfermos que se realizan cirugías ambulatorias, a las necesidades a pesquisar en el quehacer clínico y simplificando el lenguaje del modelo para facilitar su aceptación e incorporación en el uso diario docente y clínico.

La validación de contenido del instrumento adaptado de la teoría comprendió dos etapas: la primera, revisión por expertos durante el desarrollo del curso Debates Actuales en Teorías de Enfermería organizado por la Dirección de Post Grado de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile en enero del 2003, en el cual se recogieron sugerencias y comentarios de enfermeras expertas en modelos teóricos. Luego, enfermeras que trabajan en servicios de cirugía ambulatorios, validaron el contenido del instrumento. Con la información recolectada, se construyó una segunda propuesta de instrumento. Esta fue revisada nuevamente por enfermeras del servicio. La aplicación práctica será evaluada posteriormente.



## Instrumento de valoración

### *Registro de Enfermería Basado en el Autocuidado Servicio de Cirugía Ambulatorio*

Fecha: \_\_\_\_\_

#### *Factores Condicionantes Básicos*

##### I. Características Personales

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Intervención: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_

##### II. Historia de descripción de la salud en relación a:

a) Antecedentes mórbidos HTA \_\_\_\_\_  
DM Hepatitis \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_  
TBC \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

b) Antecedentes ginecoobstétricos  
F.U.R: \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Partos Normales \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_

c) Antecedentes quirúrgicos y anestésicos  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Transfusiones previas: \_\_\_\_\_

e) Patrones de vida: \_\_\_\_\_

Hábitos: Tabaco: ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
OH: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
Drogas: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Realiza ejercicios:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

Horas de trabajo a la semana: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos	Indicar fecha/Hora/Ultimas dosis

III. Examen físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

FC: \_\_\_\_\_ PA.: \_\_\_\_\_ FR.: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_

- Conciencia: alerta \_\_\_\_\_ confuso \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_
- Orientación: tiempo \_\_\_\_\_ espacio \_\_\_\_\_ lugar \_\_\_\_\_ persona \_\_\_\_\_
- Estado emocional: tranquilo \_\_\_\_\_ angustiado \_\_\_\_\_ agitado \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_
- Motricidad gruesa: completa \_\_\_\_\_ deambula con ayuda \_\_\_\_\_
- Motricidad fina: temblores \_\_\_\_\_
- Control de esfínteres: vesical \_\_\_\_\_ intestinal \_\_\_\_\_

Examen Físico Segmentario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IV. Satisfacción de Necesidades (Canales, Rodríguez y Cantwell, 2003)

1. Aire:

¿Utiliza alguna ayuda para la oxigenación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Existe déficit del requisito? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Agua:

Aporte de líquidos:

Hidratación piel y mucosas Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Signo del pliegue Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Existe déficit del requisito? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

### 3. Alimentación:

Ayuno Sí  No  Hora de la última alimentación \_\_\_\_\_  
¿Usa suplementos alimenticios? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Existe déficit del requisito? Sí  No

### 4. Eliminación:

Patrones diarios de eliminación:

¿Usa alguna ayuda? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Eliminación urinaria Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Eliminación intestinal Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Existe déficit del requisito? Sí  No

### 5. Actividad y Reposo:

¿Usa alguna ayuda para movilizarse? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Existe déficit del requisito? Sí  No

### 6. Soledad e Interacción Social:

Con quién vive \_\_\_\_\_  
Clima familiar: bueno  regular  malo   
Dispone de apoyo asistencial \_\_\_\_\_ Persona a cargo: \_\_\_\_\_  
¿La situación económica de la familia cubre las necesidades producidas por la enfermedad?  
Sí  No   
Tiempo de traslado al Servicio de Urgencia

### 7. Percepción del estado de salud:

Bueno  regular  malo

Conoce su patología Sí  No   
Adherencia a tratamiento médico Sí  No   
Asiste a control médico Sí  No   
Conoce efectos secundarios del tratamiento Sí  No

### V. Exámenes ingreso:

Hemograma  HIV  ECG   
Glicemia  Grupo y Rh  Rx. Tórax   
Perfil Bq.  TP-TTPK  O Completa

Otros: \_\_\_\_\_

Premedicación:

_____	Dosis _____	Hora _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VI. Diagnósticos de Enfermería

Con capacidad de autocuidado en relación a indicaciones al alta

\_\_\_\_\_

Con déficit en autocuidado en relación a:

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| - desconocimiento de la cirugía                                   | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento de la anestesia                                 | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento de la recuperación                              | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento del tipo de reposo al alta                      | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento del tipo de régimen al alta                     | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento de la medicación al alta                        | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento de prevención de complicaciones postoperatorias | Sí _____ | No _____ |
| - desconocimiento de cuándo acudir a urgencia                     | Sí _____ | No _____ |

Con riesgo en autocuidado en relación a complicaciones postoperatorias

VII. Sistema de Enfermería

- \_\_\_\_\_ Compensatorio
- \_\_\_\_\_ Parcial compensatorio
- \_\_\_\_\_ Apoyo y educación

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entregado a:

\_\_\_\_\_

## Consideraciones finales

La Enfermería es una ciencia y un arte que tiene como esencia el cuidado profesional de la salud de la persona humana. Para esto es necesario que las enfermeras se mantengan activas en la búsqueda de conocimientos y evidencia científica actualizada que las estimule a crear formas de desarrollar el cuidado que les permitan estar a la vanguardia en su quehacer.

El uso de marcos teóricos de referencia en enfermería ayuda a fortalecer y a enriquecer la identidad y autonomía profesional al proporcionar caminos para crear cuidados integrales de alta calidad al estar sustentados en conocimientos basados en evidencias científicas, humanistas y culturales. La creación de sistemas de registros de enfermería basados en modelos y teorías propias es parte de esta tarea. Es por esto que nos motivamos a trabajar en la creación de un registro de enfermería que pudiera ser usado efectivamente en la práctica clínica y que, a su vez, fuera el reflejo de un marco conceptual de referencia para enfermería.

Por otro lado, se necesitó desarrollar un trabajo coordinado entre la docencia y la clínica que permitiera ajustarse realmente a las necesidades de profesionales y de los usuarios. Esta fue una tarea que requirió de esfuerzo y trabajo, pero que, sin embargo, se transformó en una experiencia de aprendizaje y crecimiento profesional que nos motiva para actuar como ejes difusores de las bases teóricas propias de enfermería visibilizándolas a través de instrumentos de uso docente y también clínico que fortalezcan a la profesión.

## Referencias Bibliográficas

- Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Barcelona: Ediciones Masson-Salvat.
- Donohue, J., Gashti, N., Hayes, S., Marriner-Tomey, A., Nation, M. & Nordmeyer, S. (1994). Teoría del déficit de autocuidado. En A. Marriner-Tomey (Ed.), *Modelos y teorías en Enfermería* (pp. 181-198). España: Ediciones Mosby-Doyma.
- Leddy, S. (1985). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Filadelfia: Ediciones Lippincott-Company. OPS.
- Mullin, V.I. (1980). Implementing the self-care concept in the acute care setting. *Nursing Clinics of North America*, 15 (1), 177-190.
- Noone, J. (1995). Acute pancreatitis: an Orem approach to nursing assessment and care. *Critical care nurse*, 15 (4), 27-37.
- Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: Ediciones F.A. Davis Company.
- Urrutia, M. (1999). Teoría de déficit de autocuidado. *EPAS*. 3-12.
- Vaughan, B. (1986). Modelo en el desarrollo de un curriculum. En B Kershaw. (Eds.), *Modelos de enfermería* (pp. 19-26). España: Ediciones Doyma.
- Walsh, M. (1986). Modelo para enfermería en el servicio de urgencia. En B Kershaw.(Eds.), *Modelos de enfermería* (pp. 89-98). España: Ediciones Doyma.

---

**Correspondencia a:** Angelina Dois Castellón. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Código Postal 6904411 Macul, Santiago; *e mail* [adois@puc.cl](mailto:adois@puc.cl), *fono*: (56-2)3545735



## Congreso “Construyendo Universidades Saludables”: Informe final *International Meeting: Constructing Healthy Universities*

Ilta Lange

*Enfermera, Master in Nursing Science, Profesora Titular Escuela de Enfermería. Presidenta del Congreso.*

Aixa Contreras

*Enfermera Matrona, Directora Oficina Promoción en Salud y Autocuidado (PROSA), Coordinadora del Congreso.*

Mónica Muñoz

*Enfermera matrona, Magister en Comunicación Social, Directora de Extensión. Escuela de Enfermería.*

Blanca Vial

*Enfermera. Comité Organizador del Congreso y Directora Ejecutiva Proyecto UC Saludable.*

---

### Resumen

El Congreso “Construyendo Universidades Saludables” se realizó en el Centro de Extensión de la Pontificia Universidad Católica de Chile los días 2 y 3 de octubre 2003. Este evento fue organizado por la Escuela de Enfermería como parte de las actividades del proyecto de promoción de la salud “UC Saludable: Vive tu equilibrio”. Contó con el auspicio de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile (CONICYT), OPS y la Universidad de Alberta. Participaron 172 personas, representantes de 39 universidades (alumnos, profesores y autoridades administrativas) y de otras instituciones públicas y privadas. Se expusieron 36 posters sobre proyectos de intervención e investigaciones relativas al tema de 10 universidades extranjeras y 29 universidades chilenas. Las presentaciones entregadas a la Comisión Organizadora y los resúmenes de los posters presentados están accesibles en la página web de UC: Saludable <http://www.puc.cl/uksaludable>.

### Abstract

Constructing Healthy Universities was realized at the Extension Centre, of Pontifical University of Chile in October 2 and 3 of 2003. This meeting was organized by the School of Nursing as part of the activities of the project of health promotion: “UC Healthy: Live your welfare”.

The meeting was financially supported by the National Commission of Science and Technology of Chile (CONICYT), PAHO and University of Alberta, Canada. The meeting congregated 172 delegates (students, professors and authorities), whom represented 39 Universities from South America, Caribbean, North America and Europe. 36 posters were presented of intervention projects and research studies related to the issue, from 10 foreign Universities and 29 Chilean Universities from all over the country. The presentations are available at Web Page of UC Saludable: <http://www.puc.cl/uksaludable>.

El Congreso "Construyendo Universidades Saludables" se realizó en el Centro de Extensión de la Pontificia Universidad Católica de Chile los días 2 y 3 de octubre 2003. Este evento fue organizado por nuestra Universidad en colaboración con la Universidad de Alberta, Canadá, y la Organización Panamericana de la Salud y contó con el auspicio de CONICYT, OPS y Universidad de Alberta. Se matricularon 172 personas, representantes de 39 universidades (alumnos, profesores y autoridades administrativas) y de otras instituciones públicas y privadas. Se expusieron 36 posters sobre proyectos de intervención e investigaciones relativas al tema de 10 universidades extranjeras y 13 universidades chilenas. Las presentaciones entregadas a la Comisión Organizadora y los resúmenes de los posters presentados están accesibles en la página web de UC: Saludable <http://www.puc.cl/ucsaludable>

## Comité Organizador:

Presidente Comisión Organizadora	
Sra. Ilta Lange Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería Proyecto UC Saludable	Dr. Nicolás Velasco Pontificia Universidad Católica de Chile Vicerrector Académico
Coordinadora Sra. Aixa Contreras Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería Coordinadora Oficina de Promoción de Salud y Autocuidado (PROSA)	Dra. Branka Legetic Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS Consultor Internacional OPS Programa Promoción de Salud
Sra. Lynn Skillen PhD Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá Profesora Titular, Facultad de Enfermería	Sra. Mónica Muñoz Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería, Directora Extensión
Sra. Nuria Pedrals Pontificia Universidad Católica de Chile Dirección Asuntos Estudiantiles Directora General	Sra. Blanca Vial Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería Proyecto UC Saludable

## Comité Científico

Sra. Jasna Stjepovich, PhD, Magister en Ciencias de la Enfermería, Enfermera, Profesora Universidad de Concepción, Chile  
Subdirectora, Escuela de Graduados



## PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Sr. Eduardo Valenzuela, PhD, Sociólogo, Profesor  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Director Instituto de Sociología,  
Facultad de Ciencias Sociales

Sra. Soledad Rivera, PhD, Magister en Salud Pública, Profesora  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Directora Investigación, Escuela de Enfermería  
Facultad de Medicina

### **Universidades Participantes:**

#### *Universidades de Chile: (29)*

Universidad de Tarapacá  
Universidad de Antofagasta  
Universidad Católica del Norte  
Universidad de La Serena  
Universidad Católica de Valparaíso  
Universidad de Valparaíso  
Universidad Técnica Federico Santa María, Valparaíso  
Universidad Marítima de Chile, Viña del Mar  
Universidad de Santiago de Chile  
Universidad Alberto Hurtado  
Universidad Bernardo O'Higgins  
Universidad del Desarrollo  
Universidad Arcis  
Universidad Católica Raúl Silva Henríquez  
Universidad Técnica Metropolitana  
Universidad Mayor  
Universidad Santo Tomás  
Universidad de Chile  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Universidad de Talca  
Universidad Católica del Maule  
Universidad del Bío Bío (Sede Chillán y Sede Concepción)  
Universidad Católica de la Santísima Concepción  
Universidad de Concepción  
Universidad de La Frontera  
Universidad Católica de Temuco  
Universidad de Los Lagos, Osorno  
Universidad Austral, Valdivia  
Universidad de Magallanes, Punta Arenas

### *Universidades Extranjeras: (10)*

Universidad de Alberta, Canadá  
Universidad de Georgetown, EE.UU.  
Universidad de Alabama, EE.UU.  
Universidad de Huelva, España  
Universidad de Guadalajara, México  
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú  
Universidad Nacional de Panamá  
Universidad de Nueva León, México  
Universidad de Antioquia, Colombia  
ITESM, Campus Querétaro, México

### *Otras instituciones representadas: (9)*

Ministerio de Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Comisión Nacional de Control de Estupefacientes  
Centro Médico Psicomédica  
Municipalidad de Curanilahue  
SEREMI Salud IX Región  
Red de Estudiantes de Enfermería de América Latina (REALCA)  
INACAP  
Instituto Nacional de la Juventud

## **Opiniones y comentarios más relevantes recibidos a través de las evaluaciones de los asistentes**

68 personas (40%) completaron las evaluaciones y 46 de ellas (68%) considera que el Congreso fue excelente o muy bueno; 20 asistentes (29%) lo consideró bueno, y 3% lo evaluó como regular.

### *I. Las mayores fortalezas del Congreso*

- 1.1 Que se haya definido y socializado el concepto de “Universidad Saludable”, lo que permitirá sistematizar los programas y actividades que ya se están realizando en las diversas instituciones y conformar una **Red de Universidades** interesadas en trabajar en esta línea.
- 1.2 La oportunidad de intercambio que tuvieron los asistentes con estudiantes, profesores y autoridades universitarias de universidades nacionales y extranjeras
- 1.3 La diversidad de temas presentados
- 1.4 La elección y calidad de los expositores
- 1.5 La calidad de la organización del evento.

II. *Las mayores debilidades del Congreso:*

- 2.1 Días demasiado extensos
- 2.2 No se consideró suficiente tiempo para concretar compromisos futuros
- 2.3 Insuficiente tiempo dedicado a los posters
- 2.4 No se entregaron las presentaciones en forma inmediata

III. *Compromisos establecidos por los representantes de las Universidades:*

- 3.1 23% de quienes entregaron la evaluación se comprometieron a presentar un proyecto de Universidad Saludable a las autoridades de su Universidad.
- 3.2 12% se compromete a iniciar con alumnos una campaña de Universidad Libre de Humo de Tabaco.
- 3.3 9% se comprometió a buscar mecanismos para incorporar el concepto de Universidad Saludable en las asignaturas.
- 3.4 9% señala como prioridad trabajar en Red con otras universidades interesadas en el tema.
- 3.5 9% se planteó trabajar con los alumnos y federaciones de estudiantes este tema.
- 3.6 7% decidió incluir en el Departamento de Salud en que trabajan un programa de estilos de vida saludables para alumnos que incluya: tabaco, alimentación, SIDA, actividad física, alcohol y drogas, estrés.
- 3.7 La Universidad de Alberta, Canadá, se comprometió a organizar el II Congreso “Construyendo Universidades Saludables” en el año 2005.

**Tabla Nº 1.** Temas de los posters presentados

Posters Congreso	Número
Estilos de vida	20
Prevención alcohol/drogas	07
Prevención tabaco	07
Prevención sexualidad	01
Prevención VIH/SIDA	01
Total	36

Instituciones participantes:  
10 universidades extranjeras y 13 chilenas

## Nómina de Posters Aceptados

Autor	Universidad	Tema	Título
Daylanis García daylanis@yahoo.com	Universidad Cuba	Estilos de vida	La promoción de salud en la universidad, una experiencia cubano-colombiana
Genel Aviña Rosa rosag@cusur.udg.mx	Universidad de Guadalajara	Creencias/estilo de vida	Creencias de salud enfermedad en salud y enfermedad en profesores
Carmen Sonia Enríquez <a href="mailto:cenrique@ucn.cl">cenrique@ucn.cl</a>	Universidad Católica del Norte	Estilos de vida	Formación integral como Camino de Vida Sana
Acevedo, Jaime jaimeacevedovera@hotmail.com	USACH	Capital social	Generación de capital social como condición necesaria para la Promoción de la Salud en la Facultad de Ciencias Médicas de la USACH.
Vidal, Carolina "U.P.D.P" <a href="mailto:updp@ucv.cl">updp@ucv.cl</a>	UCV	Estilo de vida	Con tus ideas, universidad viva
Urrutia, Mila <a href="mailto:murrutia@puc.cl">murrutia@puc.cl</a>	PUC/Alberta y otros	Estilo de vida/	Seguridad personal de estudiantes de enfermería en prácticas comunitarias
González Marilly <a href="mailto:fac_saludable@hotmail.com">fac_saludable@hotmail.com</a>	Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia	Estilos de vida	Construcción de la promoción de la salud en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín
Saavedra, M. <a href="mailto:caimuls@123mail.cl">caimuls@123mail.cl</a>	Universidad de La Serena	Estilos de vida	La Universidad de La Serena oxigena sus pulmones
Domingo Salas <a href="mailto:dsalas@ufro.cl">dsalas@ufro.cl</a>	Universidad de La Frontera	Promoción salud	Programa de promoción de la salud para estudiantes de la Universidad de La Frontera
Ana María Leiva <a href="mailto:aleiva@uach.cl">aleiva@uach.cl</a>	Universidad Austral	Nutrición	Uniendo fuerzas para tener jóvenes saludables
Magdalena Agüero, <a href="mailto:maguero@yagan.fh.umag.cl">maguero@yagan.fh.umag.cl</a>	Universidad Magallanes	Estilo de vida	Percepción de estilos de vida de académicos

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Autor	Universidad	Tema	Título
Laura Silva lsilva@pehuen.chillan.ubiobio.cl	Universidad del Bío Bío	Calidad de vida	Salud y calidad de vida de estudiantes de la Universidad del Bío Bío
Rocha, Valda	Universidad F. de Bahía	Estilos de vida	Los estudiantes de enfermería para la acción...
Alvaro Lara Leone alara@puc.cl	PUC	Actividad física	Deporte como actividad protectora
Cornejo, Miguel mcornejo@mail.udec.	UDEC	Actividad física	Actividad física y formación de hábitos saludables
Liliana Cuadra lcuadra@mail.udec.cl	UDEC	Actividad física	Actividad física en los trabajadores
Vraslovic, Drago dvrslav@ulagos.cl	Universidad de Los Lagos	Currículo	Promoción de la salud en carreras pedagógicas
María Teresa Chiang mchiang@udec.cl	UDEC	Currículo	Prevención de enfermedades cardiovasculares en universitarios
Pedrals Beate bpedrals@rree.utfsm.cl	Universidad Federico Santa María	Drogas	Programa de Promoción de Estilos de Vida Saludables (Punto de Encuentro)
Gallardo, Ana María agallardo@userena.cl	Universidad de La Serena	Alcohol y drogas	Prevención de abuso de alcohol y drogas
Greenberg, Amalia agrimber@abello.dic.uchile.cl	Universidad de Chile	Alcohol y droga	Red Estilo de Vida Saludable (REVISA)
Ponce, Oscar promesa@udec.cl	UDEC	Alcohol y droga (Currículo)	Educación formal y prevención de alcohol, droga...
Alonso, Magdalena levazque23@hotmail.com	Universidad A. Nuevo León	Alcohol y drogas	Prevención de adicciones en la Facultad de Enfermería
Smith/Harrison harrisol@uab.edu	Universidad Alabama	Drogas	University Policies on Drug Testing...

Autor	Universidad	Tema	Título
Latorre, Alejandra alatorre@udec.cl	UDEC	Alcohol y drogas	Prevención de drogadicción y alcoholismo en universitarios
Behn, Verónica vbehn@udec.cl	UDEC	Tabaco	Motivaciones del no fumador
Behn Verónica vbehn@udec.cl>	UDEC	Tabaco	Programa de prevención y control de tabaco
Marcela Pérez Díaz mapd1979@hotmail.com	Universidad Sto. Tomás	Tabaco	Por una universidad sin pre-emergencia....
López Paola aalopez @123mail.cl	Universidad Sto. Tomás	Tabaco	Tabaquismo en jóvenes universitarios
Marisel Martínez mamartinez@ust.cl	Universidad Sto. Tomás	Tabaco	Jóvenes de vida sana
Heath, Janie ejh@georgetown.edu	Universidad Georgetown	Tabaco	Caught in the Middle: Experiences of Tobacco Dependent Advanced Practice Nurses
Kelley, Jean kelleyj@georgetown.edu	Universidad Georgetown	Tabaco	Health risk behaviours in smoking
Pascual Orts, Luis lpascual@uhu.es	Universidad de Huelva, España	Tabaco	Por una universidad sin tabaco
Patricia Lorena Espinoza patrespi@udec.cl	UDEC	Sexualidad	Programa de Autocuidado en salud, sexualidad, ITS y SIDA
Claudio Cabezas	UCV, U. Valpo., y otros	VIH/SIDA	Proyecto ALERTA
Pérez, Mónica ehenriqu@udec.cl	UDEC	Sexualidad	Formación de líderes universitarios para la prevención de VIH/SIDA
Rosa Meda Lara	Universidad de Guadalajara	Estilos de vida	Estilos de Vida y Conducta de Riesgo en Universitarios

**Correspondencia a:** Proyecto UC Saludable: vive tu equilibrio

Ilta Lange

Blanca Vial

Pontificia Universidad Católica de Chile y Organización Panamericana de la Salud.

E-mail: ucsaludable@puc.cl, bviall@puc.cl ilange@puc.cl

www.puc.cl/ucsaludable

## Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería

### *Joyce Travelbee person to person relationship theory as support to nursing teaching*

María Soledad Rivera

*Enfermera, Magister en Salud Pública, Doctora en Enfermería, Profesora Escuela de Enfermería, Universidad Católica de Chile.*

---

**Resumen** Se sintetiza algunos aspectos de la teoría de Joyce Travelbee publicada en su libro original *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: introducción a la relación persona a persona*, (1979), traducido al español por la OPS. Se pretende orientar en el proceso de enseñanza y aprendizaje necesario para el desarrollo de competencias profesionales que garanticen un cuidado comprensivo, por lo que se es fiel al libro original de la autora. Algunos argumentos se complementan con otros autores y con la experiencia de la autora enseñando y acompañando alumnos de pregrado y postítulo en el proceso de ayudar otros emocionalmente, durante las experiencias de enfermedad personal o de familiares. Se estimula a ser cuidadosos entre el discurso ideal y la práctica y a considerar este un foco nuclear del cuidado y de la enseñanza sobre cuidar comprensivamente en Enfermería

**Palabras Claves:** enfermería, cuidado, relación de ayuda, crisis emocionales, técnicas de comunicación.

**Abstract** This article synthesizes original ideas of Joyce Travelbee published in her original book of *Intervention of Psychiatric Nursing: Introduction to person to person relationship (1979)*, translated for PAHO into Spanish. The purpose of the analysis is to remark the importance of the learning-teaching process of undergraduate and graduate nursing students, to develop competencies to help others during experiences of being hospitalized and general emotional crisis. The article stimulates to be careful between the ideal speech and helping attitudes and gives consideration to reconstruct care focus in comprehensive care in Nursing.

**Key words:** Nursing care, comprehensive care, helping relationship, emotional crises, communication skills.

## Introducción

Travelbee publicó su libro sobre *Intervention in Psychiatric Nursing: process in the one-to-one relationship* en 1969. El propósito de su libro fue comunicar su teoría para guiar la práctica de la enfermería psiquiátrica y salud mental. Sus aportes son tan aplicables, que la OPS/OMS decidió traducir su libro al español en 1979, como *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*, a fin de que las enfermeras de habla hispana pudiéramos tener un modelo teórico que guiara nuestra práctica. Desde antes, los profesores del entonces Departamento de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, estábamos reflexionando, escribiendo y enseñando Enfermería Psiquiátrica basadas en las perspectivas conceptuales y filosóficas de varios autores: Hildegaard Peplau (1952), Carl Rogers, Karen Horney, Frida Fromm-Reichman, Erich Fromm y Philippe Lerch entre otros.

Joyce Travelbee, con su perspectiva humanista, centrada en las personas y sobre todo, pensando una Enfermería Psiquiátrica y en salud mental práctica, nos resultó particularmente útil en el desarrollo de habilidades de ayuda interpersonal en Enfermería en general y para definir una identidad de enfermeras psiquiátricas que nos permitió enseñar a las alumnas a establecer, desarrollar y terminar relaciones de ayuda. Sin embargo, existen publicaciones respecto de su teoría que han deformado sus ideas y pueden conducir a errores en la aplicación de la perspectiva que ella desarrolla en su libro original.

Por ello es que ofrezco esta síntesis de la teoría de Joyce Travelbee, complementada por otros autores, sobre aspectos de ella: la definición de Enfermería Psiquiátrica; los objetivos de la enfermera en salud mental y psiquiatría; cuáles son sus métodos; las características de la relación de ayuda; fundamentados y ordenados de acuerdo a la aplicación práctica que hemos hecho en la enseñanza del proceso de ayuda interpersonal y el desarrollo de competencias de ayuda en alumnos de pre y postgrado en enfermería, desde más de tres décadas.

Travelbee (1979) establece diferentes criterios para definir el área de la Enfermería Psiquiátrica. Señala que ésta puede ser definida por ubicación en hospitales y clínicas psiquiátricas; como parte inherente a la Enfermería pues la salud mental, es dimensión integral de cualquier acción o relación de cuidado de Enfermería y como área de especialidad clínica. Esta última tiene conocimientos fundados en evidencia y en perspectivas teóricos-filosóficas psicoanalíticas, fenomenológicas, sistémicas, cognitivo conductuales, entre otras, debido a la complejidad derivada de convivir con condiciones psiquiátricas o problemas de salud mental.

La enfermera psiquiátrica fundamenta su acción profesional en el conocimiento derivado de las investigaciones basadas en varios modelos teóricos de Enfermería, entre los que se cuentan el de Peplau, (1952-1999), de Orlando, (1968), de Parse (1987, 2000), además de Travelbee (1969, 1979). Para Travelbee, la Enfermería también es un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica de cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. Se percibe el cuidado enfermero en forma integral, es decir, comprensivo y dinámico, que se va desarrollando a medida que el profesional integra en sí mismo saberes empíricos, éticos, estéticos, personales e interculturales sobre la persona siempre en riesgo de vivir crisis emocionales. El propósito de la enfermera es en primer lugar comprender la situación que vive la persona, familia o grupo, y a partir de esa comprensión, establecer una relación de ayuda.



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para esta autora, Enfermería Psiquiátrica y Enfermería en Salud Mental son dimensiones de la misma área de actuación. En Chile, en la práctica se hace distinción entre ambas: mientras las enfermeras psiquiátricas trabajan en la prevención y rehabilitación de enfermos mentales y gestionan los sistemas de cuidados para enfermos mentales hospitalizados y ambulatorios; Enfermería en Salud Mental es concebida como un área amplia, dimensión esencial de la promoción de la salud integral, cuyo propósito es el desarrollo pleno de las potencialidades, y de fortalezas de las personas, familias y comunidades. También se interviene sobre aspectos de salud mental de poblaciones con problemas o riesgos específicos para prevenir trastornos mentales: como niños maltratados, adolescentes abusadas, mujeres solas jefas de hogar, adultos hospitalizados o aquejados de enfermedades graves crónicas, o sometidos a situaciones de alto estrés como accidentes, maltrato, violencia intrafamiliar, infertilidad, etc. En este momento histórico se agrega a la salud mental todo el tema referente a la promoción de la salud mental familiar, salud mental laboral, salud mental de las mujeres, etc.

Lo anterior se desprende del concepto amplio de salud difundido por la OMS y que está en la base de las políticas y programas nacionales de salud concebida como “*completo bienestar físico, psíquico y social de las personas, comunidades y sociedades*”.

### *Definición de Enfermería Psiquiátrica de Joyce Travelbee*

Para Joyce Travelbee, (1979), la Enfermería Psiquiátrica lo entiende como

*“Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias”.* (Travelbee, 1979, p. 4)

Es *proceso interpersonal significativo*, porque el cuidado siempre es entre personas: enfermera - consultante, equipo de salud y enfermos, familias y comunidades. Al cuidar, la enfermera hace uso de sus recursos personales y profesionales, para establecer una relación específica que la llama de “*persona a persona*” y ambas personas dan significados subjetivos a sus experiencias de vida. Travelbee parte del supuesto de las teorías humanistas que visualizan al ser humano como un ser único, irremplazable, inserto en un determinado contexto sociocultural, capaz de atribuir significados a sus experiencias. Este supuesto valora la subjetividad humana, es decir, el proceso de la *relación persona a persona* se inicia en el momento en que ambas personas se ponen en contacto y la tarea de la enfermera será comprender a ese ser humano desde su perspectiva personal, a la luz de su historia y de las múltiples manifestaciones y señales que indican su mundo personal.

Por su parte el enfermo o consultante percibirá a la enfermera como persona, desde su perspectiva y, a través del diálogo, se establecerán los puentes de contacto entre ambos. Por ello se trata de una *relación inter subjetiva*. La noción de ser humano se apoya en un supuesto básico fenomenológico, que significa concebir la vida humana como un constante llegar a ser según las circunstancias de vida, lo que indica una noción dinámica de la vida. (Parse, 2000)

La otra dimensión de la definición se refiere a las *metas de la atención individual, familiar o comunitaria*, preguntando *¿a quiénes se cuida?* y responde “*a personas, siempre personas, ya sea individuos, familias parejas o comunidades*”.

¿Para qué cuidar? es otra pregunta significativa. Ella señala que se hace para *acompañar* en el proceso de enfrentar el dolor y el sufrimiento y traspassarlo, encontrando un sentido a las experiencias; para acompañar en el proceso de toma de conciencia tanto de lo que hace sufrir en el presente y pasado así como de las fortalezas personales; para enfrentar y aprender de las experiencias de vida, y para promover conductas, actitudes y estilos de vida saludables individuales y al interior de la familia.

¿A través de qué se cuida? Para Travelbee el cuidado es un *proceso interpersonal* que se desarrolla a través de encuentros y entrevistas individuales fundamentalmente, pero también experiencias grupales de activación, de resocialización, de apoyo y de ayuda.

### *Promover Salud Mental*

Para Travelbee, (1979) las concepciones sobre salud mental están fundadas en los juicios de valor que cada cultura construye frente a las desviaciones de comportamiento de los seres humanos.

De hecho, históricamente, se construyó primero el discurso psiquiátrico que se abocó a estudiar y clasificar la conducta humana considerada patológica. Esto desencadenó un proceso de medicalización y patologización de cualquier conducta humana que fuera considerada indeseable para la mantención de una idea determinada de sociedad. Hubo que poner un límite a este movimiento y por ello nace el movimiento preventivo de la salud mental en los 60, que plantea la necesidad de construir un nuevo concepto como referente de la salud mental y se echa mano del modelo de la normalidad, fundado en la concepción estadística del “patrón medio” como equivalente a lo sano. Este concepto de normalidad estadística (afirmado en el promedio y la mediana) es ampliamente criticado en el siglo XIX y XX por filósofos e investigadores de las ciencias humanas como filosofía, sociología y antropología, por su carácter reduccionista y excluyente. De hecho, ocurrieron acontecimientos sociales perversos como fue el movimiento nazi, que afectó a toda Europa y donde la conducta promedio y normal fue esencialmente inhumana por su naturaleza discriminatoria e intencionalmente destructiva.

Por su parte Canguilhem (1990) en su obra *Lo Normal y lo Patológico*, elabora un profundo argumento histórico-filosófico de la construcción de los conceptos normal, salud y patológico, y abre una discusión sobre la fragilidad de los supuestos que sustentan el argumento de lo normal como equivalente a lo sano. Por otra parte los antropólogos culturales han demostrado que los pueblos del planeta crean y existen según múltiples ideas de sociedad que implican diversidad de valores y lo considerado normal en una cultura puede ser considerado perverso y patológico en otra. (Mead, s.f.; Helmann, 1994; Kleinman, Emswiler, & Good (1978)

Entonces, el concepto de salud mental todavía es una idea en construcción que, para Travelbee, depende de la concepción sobre la naturaleza del ser humano, de la que se parte y que está determinada por la cultura. Por ello se refiere a que las reglas de comportamientos considerados “adecuados” dentro de una sociedad o época dada, pueden no ser para otra, y afirma que los criterios para definir salud mental son relativos, no estáticos, ni universales y afirma: “*La salud mental no es algo que la persona posee, sino algo que la persona, ES... en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinado*”. (Travelbee, 1979, p. 7)

Para analizar este concepto de salud mental, Travelbee propone algunas actitudes, que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano, y desde esta perspectiva, fundamen-

ta la salud y la salud mental: Aptitud para amar, capacidad para enfrentar la realidad y para descubrir un propósito o sentido a la vida.

### 1. Aptitud para amar

Concibe al ser humano de naturaleza amorosa, para ello incluye amarse: amar a otros y ser capaz de trascenderse. Concibe el amor como opuesto a “indiferencia” pues quiere lo que es bueno para el objeto amado y se encuentra activamente preocupado y comprometido. Se expresa por hechos y no por palabras y planteamientos y es básicamente un acto de voluntad, no de emociones.

Para amarse es necesario aprender a aceptarse, a respetarse y adquirir conocimiento y confianza en las habilidades de uno mismo, así como conciencia y aceptación de las limitaciones que necesariamente cada ser humano tiene, lo que implica humildad y valentía. El riesgo que advierte en la sociedad actual, es a la evasión de sí consumiendo drogas expansoras de conciencia y alcohol; ocupándose todo el día en actividades diversas (activismo) o la incapacidad de estar solo. Nadie puede dar a otro lo que no se posee, o dicho de otra forma: sólo se puede ayudar a otro en el nivel de conciencia en el cual se está.

La capacidad de trascenderse la formula cómo llegar a otros desinteresadamente como ser humano y ser capaz de sentir compasión. Para ello Travelbee señala que es necesario desarrollar capacidad de percibir al otro como individuo único y no como réplicas de uno mismo o de personas del pasado personal. Menciona que amar implica también la capacidad de desear el bien del otro, aunque el otro no me guste (o parte de él). Aceptar es diferente que aprobar.

Amar es una capacidad y una experiencia. Se ama en forma espontánea desde el nacimiento, como lo demuestra el vínculo madre-hijo. Pero como somos seres socializados, el entorno familiar, social y cultural van modelando la conciencia y los significados de las experiencias, de tal manera que un niño aprende en el marco en el cual se desarrollará su vida. Es un *proceso que cambia, fluctúa, se desarrolla en etapas, niveles y también se extingue*. Se desarrolla, se nutre y se le permite crecer.

Amar a la humanidad es amar a “*personas*”, a todas las personas: a los conocidos, familiares, los iguales y los distintos de sí mismo. Plantea que es más fácil amar a “los pobres” dando dinero a una institución, que respetar, cuidar y estimular a familiares o colegas que me acompañan en el día a día y que no me gustan. Por último ella enfatiza que “*El amor se expresa en actos y no en pensamientos benévolos o sólo emociones*”.

### 2. Capacidad para enfrentar la realidad

Travelbee escribe “*es la capacidad para enfrentar la realidad tal como es y no como quisiéramos que fuera*”. La dimensión más importante de esta afirmación es la capacidad de percibir la propia participación en las experiencias; la de percibir las situaciones sin necesidad de distorsionarlas para presentarlas “de modo favorable” a la propia conciencia; la capacidad para enfrentarse al dolor, conflicto y hasta pedir ayuda cuando la requiero, y la capacidad de reírse de uno mismo

Enfrentar la realidad personal, a veces es retirarse de una situación o persona o enfrentarse asumiendo las consecuencias sin culpar a nadie. Implica la capacidad de reconocer nuestra propia obligación de actuar cuando un principio está en juego; de apreciar las limitaciones y el *don* de la vida como un *ahora y aquí* —lo único que se posee. Aceptar que estamos expuestos a la alegría, el

amor, la felicidad, la enfermedad, culpa, soledad, depresión y emociones conflictivas (amar y odiar). Enfrentar las *crisis*, mejor que evitarlas, negarlas, deformarlas. Tan bien incluye el conocimiento y orientación dentro del mundo en que se vive; como la habilidad de trabajar productivamente con otros, colaborar, comprometerse y competir. Por último, enfrentar la realidad incluye la capacidad de pasarlo bien, experimentar placer, de darlo y de recibirlo.

### 3. Descubrir un propósito o sentido de la vida

Travelbee sigue las ideas de Víctor Frankl, para agregar esta dimensión de cuidado integral a la persona: la capacidad de identificarse *como persona única* lleva a formularse preguntas como: ¿Quién soy?; ¿por qué vivo?; ¿adónde voy?; ¿qué me apoya?; ¿por qué estoy dispuesto a vivir?

Estas preguntas se evidencian en momentos de crisis: ¿Qué me sostiene cuando estoy angustiada (o), en caos interno? Travelbee recuerda que *si se enfrentan las crisis como momentos de aprendizaje, se puede responder a estas preguntas*.

Desde estas comprensiones, fomentar la salud mental sería contribuir a desarrollar la capacidad de amarse (auto-percibirse, auto-valorarse, auto-corrigerse), para amar a otros; ayudar a las personas a percibirse en forma realista y enfrentar sus problemas reconociendo su papel en las experiencias y a encontrar soluciones prácticas a los problemas que, por ser vulnerables, estamos expuestos a toda experiencia y limitaciones humanas. Además se puede contribuir a desarrollar una filosofía de vida que proporcione sentido, significado, sostenga y dé dirección en los momentos de presión y sufrimiento.

## **La relación persona a persona: directrices-suposiciones y mitos en Enfermería**

Una de las contribuciones más significativas de la teoría de Travelbee ha sido su reflexión respecto de tres suposiciones y mitos muy arraigados en la Enfermería hasta la actualidad: el compromiso emocional, la aceptación y actitud no juzgadora y la objetividad.

### *Compromiso emocional (apoyo emocional)*

Para Travelbee, comprometerse *emocionalmente es la capacidad de trascenderse e interesarse por otra persona, sin que este interés nos inhabilite para ayudarlo (p. 41)*. Es un proceso que se desarrolla durante toda la vida.

Se debe aspirar a que sea un compromiso *maduro* y para lograr desarrollarlo es necesario conocerse y auto percibirse en forma realista, y expresar y controlar la expresión de sentimientos durante la interacción, según la situación. El compromiso emocional no ocurre con todos los pacientes, familiares o colegas. Se da libremente (no se indica) y con límites claros. Advierte que la política de “*no comprometerse emocionalmente como principio*” en Enfermería cuando es constante es peligrosa, porque se puede convertir en una actitud permanente y la alineación emocional en una forma de vida (desconexión emocional).

### *Aceptación y actitud no juzgadora*

Para Travelbee, la aceptación es un proceso difícil, porque de hecho las enfermeras rechazan “conductas” o sienten “rabia”, a veces, por la situación del paciente. Si “aceptar” es no efectuar cambios, no

es una actitud deseable. Advierte que en Enfermería queremos cambiar lo que hace sufrir al paciente; por tanto es necesario definir operacionalmente el concepto. No se puede “*aceptar*” por mandato. La actitud no juzgadora también es un mandato frecuente en la formación de los alumnos. Pero de hecho Travelbee afirma que “*uno emite juicios de hecho, pero se abstiene de hacerlos moralmente culpabilizando a las personas por sus actos*” (p. 45). Se enjuician conductas morales cuando atentan contra principios morales universales como el valor de la vida humana, la libertad, la beneficencia, y el respeto.

### *Objetividad*

Desde la perspectiva de Travelbee, ser objetivo es la capacidad de observar lo que realmente ocurre excluyendo prejuicios derivados de sentimientos personales. Es una meta a lograr a través de un proceso personal. Para Travelbee, la “*persona imparcial*” sin sentimientos no existe, porque “*de hecho el ser humano tiende a sentir algo frente a los otros y éstos influyen en las interacciones con los otros. Incluso la frialdad es un mensaje afectivo para el otro.*” (p. 46). Separar la información sensorial de las interpretaciones es una manera de obtener objetividad. El no comprometerse emocionalmente como requisito de ser objetivo es una premisa falsa. Ser “*neutral*” y llevar un rostro inexpresivo, se constituye en *barrera* para establecer una relación significativa con otro ser humano.

## Características de la relación de ayuda en Enfermería

Una de las contribuciones más importantes para la enseñanza de la salud mental y psiquiátrica es la proposición sobre las características de la relación de ayuda en Enfermería, de las que se pueden derivar competencias posibles de desarrollar a través de todo el currículo.

*La relación de ayuda persona a persona*, es una clase determinada de relación interpersonal que se distingue por los siguientes aspectos:

1° *Es una relación planificada, deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla.*

El proceso se inicia cuando una persona solicita ayuda (en forma directa o encubierta) y la enfermera se acerca con la intención de ayudar. Ambas inician un proceso de acercamiento gradual, porque no se conocen, son extrañas una a la otra, y es aquí donde la enfermera profesional hace uso de sus recursos personales y de su conocimiento para acercar las distancias. El proceso implica abrir la conciencia para percibir el mundo subjetivo de la otra persona desde su perspectiva, y determinar las áreas en las cuales la persona desea ser ayudado y discernir cuánto puede ser ayudado. En esto coincide con Peplau (1952, 1994).

2° *Es un proceso que evoluciona por etapas dinámicas que se van sucediendo a medida que transcurre la relación.*

No se dan ordenadas en forma rígida, por el contrario, habitualmente cada etapa es un proceso en sí mismo y requiere por parte de la persona que proporciona la ayuda una gran capacidad de discernimiento, conocimiento y adaptación a la realidad. También coincide con Peplau (1952, 1994).

Fases de la relación de ayuda según Travelbee: fase previa a la interacción, fase introductoria o de orientación; fase de identidades emergentes, y fase de término de la relación.

Cada fase tiene ciertas metas a lograr a saber:

A. Fase previa a la interacción (centrada en la enfermera):

- Reconocimiento de los pensamientos y sentimientos antes de la interacción, especialmente angustia, temores, expectativas. Ellos influyen en la interacción.
- Definición de metas a alcanzar en la primera interacción.

B. Fase introductora o de orientación:

- Primer encuentro con el consultante. Se establecerá o no la relación según la percepción y evaluación recíproca.
- Se conocen. Se toman decisiones respecto de los aspectos sobre los que se centrará la entrevista: motivo de consulta y lo que más preocupa al consultante en el *ahora*. Se le estimula la expresión de sentimientos. Se “*explora*” por focos que emergen como significativos para la persona ayudada.
- Se aclara lo que la persona *espera* en la relación de ayuda.
- Se hace un *contrato claro* respecto del número de sesiones, hora, lugar, objetivos de la relación, modos de ayuda, etc.
- Se *evalúa* la primera interacción.

C. Fase de identidades emergentes:

- Se trabaja sobre los problemas identificados según la importancia para la persona ayudada.
- Se le ayuda a leer con mayor finura lo que le ocurre, se analizan posibles factores vinculados a la situación problema.
- Se determina cuánto la persona puede hacer por sí mismo y se le estimula a buscar su participación en sus experiencias.
- Se identifican apoyos situacionales.
- Se eligen modos de solución operativa a los problemas identificados. Se aplican y evalúan.
- Se percibe la necesidad de referencia a un especialista cuando los problemas permanecen: psicólogo o psiquiatra.

Lo más significativo de esta fase para la persona ayudada, es quizás la experiencia de haber sido acogido, escuchado y aceptado por una persona que quiso honestamente ayudarlo sin esperar gratitud, regalos ni cumplidos. Es una experiencia de aceptación incondicional que permite a muchos consultantes reintentar establecer relaciones con otros y adquirir confianza. El problema de esta fase se centra en la tendencia del paciente a “*probar*” a quien le ayuda para comprobar su capacidad de límites, su conocimiento, si dice la verdad y si puede confiar. Esto se traduce en exigencias fuera de lugar, intentar mayor intimidad con la enfermera y manipulaciones como amenazas a abandonar la relación si la enfermera (o alumna) no accede a darle su teléfono particular, o si no consigue algún medicamento, o cosas por el estilo.

También ocurre a veces estancamiento, la persona no progresa como se “*espera*”. Aquí hay que analizar con profundidad lo que ocurre y fijarse límites porque si no hay cambio, es mejor referir a la

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

persona a otro profesional como psicólogo o psiquiatra, porque cuando se trata de problemas psiquiátricos de fondo, como trastornos de personalidad, o depresión clínica, síndromes ansiosos o hasta inicio de brotes sicóticos, ellos no se benefician con la relación de ayuda, y un indicador es que la enfermera lo percibe así. La persona no avanza.

### D. Fase de término:

Habitualmente, en las intervenciones en crisis situacionales, se hacen 5 ó 6 entrevistas más o menos a una misma persona.

- Es importante tener claro las causas que se tienen para terminar y conversar con el usuario concretamente sobre esas razones en forma directa y clara para evitar interpretaciones.
- Se evalúa en conjunto todo el proceso haciendo énfasis en los logros y dificultades.
- Se debe ser claro y determinante respecto del término de la relación para evitar dependencias.

#### *3º Es una relación que provoca cambios en ambos participantes del proceso.*

El consultante experimenta el privilegio de ser acogido como ser humano único durante una hora. Esto aumenta su confianza en revelarse, aprende a verbalizar lo que le ocurre, aumenta su capacidad de enfrentar su realidad como menos angustia. También aprende a descubrir su participación en sus experiencias y por lo tanto a discernir sobre los aspectos que puede cambiar en su vida. Aprende a relacionarse y derivar placer de comunicarse con otro; descubre caminos y vías prácticas de solución a sus problemas y aprende a desarrollar su fuerza.

La persona que proporciona la ayuda aumenta su capacidad de comprometerse en relaciones de ayuda con las personas que la requieren, esto significa aprender a habitar espacios y territorios de intimidad con los otros. Aumenta su capacidad de observación de su conducta y de sus experiencias y de la experiencia del otro, aprende a escuchar y a confiar en la vida del otro. También se conoce en sus capacidades y limitaciones como consejera, como facilitadora, y como orientadora al abordar y enfrentar situaciones reales, ajustando sus expectativas de ayuda irreales. Por otra parte, la persona que ayuda conoce y se ajusta a la velocidad del cambio interno, que es lento y desigual, hay fases de avance, retroceso y estancamiento. Cada relación tiene un ritmo. Por otro lado, comprende lo poco que sabe y lo mucho que debe aprender a respetar y conocer la singularidad y profundidad del ser humano, lo que es duro y lento, es una conquista.

Aprende a discernir alternativas de ayuda práctica según los problemas. Esto le requiere un marco de referencia teórico rico en posibilidades de ayuda diferente. Aprende a ponerse límites cuando no puede ayudar, cuando se involucra demasiado. Aprende a comprometerse emocionalmente en forma madura, con límites y conciencia de su autoridad; a ser objetiva y nombrar lo que es y a aceptar incondicionalmente al *otro*. Como se percibe, ayudando a otros profundamente, es muchísimo más lo que se aprende que lo que se da.

#### *4º El contenido de lo que se dialoga es pertinente, relevante a la situación de vida del consultante en el aquí y ahora.*

Se trata de trabajar sobre las experiencias del presente.

5º *Es una experiencia de encuentro interpersonal que se va construyendo.*

Se debe estar abierto y consciente de lo que sucede y se va encontrando, a medida que pasa el tiempo, aunque los elementos de la experiencia puedan ser confusos y desconocidos. La enfermera o persona ayudante necesita compartir sus experiencias de relación de ayuda a lo menos con otro profesional con quien pueda compartir sus hallazgos, dudas y planes de intervención.

6º *La persona que ayuda tiene que haber desarrollado cierta capacidad de lectura intrapersonal en especial de lo que vive respecto a los otros.*

Además debe haber desarrollado cierta capacidad de autocontrol emocional, autoconsciencia y capacidad de interesarse en los otros, sin que ese interés lo inhabilite para ayudarlos.

7º *Debe tener conocimiento y un marco teórico que le permita realizar sus interpretaciones acerca de lo que vive el consultante, fundadas en conocimiento científico, ético, estético y personal. (Chinn & Kramer, 1995)*

Estar abierto a utilizar ese conocimiento a beneficio del consultante con sensibilidad y sentido de oportunidad (arte de saber cuando hablar y qué decir, cuando callar, etc.).

8º *Se abre un espacio interpersonal que permite la coexistencia de problemas y sentimientos opuestos sin sucumbir a la necesidad de ahorrarse molestias buscando un término prematuro o la "solución" inmediata a los problemas. Es la habilidad de suspender temporalmente el proceso de resolución de los problemas mientras se reflexiona y se buscan nuevas maneras de ayudar a la persona. Se desarrolla paciencia y tolerancia a la angustia.*

9º *Es abrirse y permitir el acercamiento corriendo el riesgo de preocuparse por otro pasando por las limitaciones personales que pueden aparecer en el proceso.*

El propósito del acercamiento es liberar al consultante para que experimente afecto por otras personas y para que busque y encuentre por sí mismo el tipo de acercamiento que tenga mayor significado para él.

10º *Es temporal, claramente delimitada en el tiempo.*

11º *Se reconoce al otro como persona, y al hacerlo, ésta se va atreviendo a experimentar nuevos modos de acercamiento a otros y se liberan o refuerzan aspectos sanos de su personalidad.*

## **Objetivos de la relación de ayuda según Travelbee, (1979)**

Dado lo anterior, propone los siguientes objetivos para la relación de ayuda persona a persona:

1º *Ayudar a la persona consultante a enfrentarse con los problemas presentes.*

Interesa delimitar los problemas que la persona siente *ahora, tal como los percibe y define*. No se está interesado por descubrir el contenido inconsciente o la relación de los problemas actuales con el pasado, en primera prioridad. Puede ser una información útil sólo avanzada la relación y si el terapeuta sabe qué hacer con esa información.



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Es importante *describir fielmente el motivo de consulta tal como el consultante lo define*. Es habitual que la percepción del problema definido por la enfermera y otros profesionales sea diferente a la del consultante. Si se parte definiendo el problema sólo desde la perspectiva de la enfermera, se incurre en un error básico: se pre-determina la realidad del otro y al hacerlo no se está percibiendo realmente al otro, sino sólo como proyección de sí mismo. Cuando esto ocurre, no se puede ayudar al otro realmente y si la persona no avanza en su autoconocimiento y auto comprensión, el problema es de la enfermera que está centrada en sus objetivos y no en los de la persona ayudada..

### 2º *Ayudar a la persona a conceptualizar sus problemas.*

Se trata de que identifique y vaya precisando y enfocando lo que más le afecta y cómo lo afecta. Peplau indica la importancia de preguntas exploratorias: ¿Podría decirme cómo lo afecta eso a Ud.?. ¿qué significa para Ud. estar “aletargado”?; ¿en relación con qué le ocurre?; ¿qué siente Ud. respecto de su enfermedad?; ¿qué significa esta enfermedad para Ud.? Es muy bueno recoger bastante información del otro, explorando con paciencia su mundo interior, para asegurarse de haber entendido exactamente lo que quiso decir y el significado que atribuye a sus vivencias. Esto constituye el tema central de investigación en la relación de ayuda. Lo que el otro vive, cómo le afecta, como se expresa en él... a qué lo atribuye.

Ejemplo:

Usuaría : “Vengo a pedir ayuda porque no puedo dormir, estoy inquieta...”  
Al conceptualizar se le pregunta : ¿A qué lo atribuye Ud.?  
Usuaría : “No sé...”  
Enfermera : Cuénteme de su vida... ¿Qué hace Ud. durante el día? ¿A qué dedica su tiempo?  
Usuaría : “Estoy sola desde que murió mi marido y se fue mi hija de la casa, al casarse... hace seis meses... ocurrió todo junto... Estoy sola... De repente me quedé sola y no tengo mucho que hacer. El día transcurre lento... Se me viene encima la casa vacía”

El problema ahora se conceptualiza diferente: es una situación de duelo por pérdida y un pesar por la muerte del esposo y otro duelo por el alejamiento de la hija reflejado en sentimientos de tristeza, soledad, desamparo y desesperanza.

### 3º *Ayudar a la persona a percibir su participación en sus experiencias.*

Interesa que la persona se vea a sí misma activa en su vida y su acontecer. Ella no es una víctima. En cada situación-problema ella participa en forma activa, porque lo que ella piensa - siente y hace, genera una respuesta en los demás, los que reaccionan de una determinada manera.

Es necesario precisar concretamente qué tipo de conductas la persona emite frente a determinadas personas o situaciones problemáticas, porque a medida que va apreciando relaciones de causa-efecto en su comportamiento, se da cuenta de que puede cambiar. Así como las provoca o estimula, puede dejar de hacerlo o probar otros modos de comportamiento. A medida que se da cuenta del beneficio del cambio de conducta, la mantiene.

*Ejemplo:* La señora frente a su dificultad de quedarse dormida se da cuenta de que al acostarse se pone a evocar al marido muerto y todas las cosas que hizo mal o dejó de vivir con respecto a él. Se culpa y entra en un proceso angustioso que termina en llanto, pensamientos perturbadores, etc... y no puede dormir. Entonces, la enfermera dialoga respecto de sus sentimientos, la historia con su marido, la relación que tenían. (desahogo, análisis). Por otra parte se le enseñó una técnica de relajación para que la practique antes de dormir (operativo); se le sugirió contactarse con una persona de su edificio durante algún rato del día y se dialogó sobre su sistema de creencias irracionales respecto de la muerte, la vejez y al hecho de ser una mujer sola.

*4º Ayudar a la persona a enfrentar en forma realista los problemas emergentes.*

La percepción de los problemas cambia a medida que progresa la relación; porque al verbalizar y explorar con el terapeuta, se van haciendo conscientes los elementos reales de la situación y los factores involucrados en las experiencias. *Por ejemplo:*

Problema inicial se formuló como : Insomnio

Ahora : Miedo a dormirse, porque tiene pesadillas muy conflictivas.

Problema : Crisis de llanto

Ahora : Sentimientos de pérdida, de rabia, de pena y culpa después de la muerte del esposo.

*5º Ayudar a la persona a discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.*

Generalmente las personas recurren a medidas conocidas y estereotipadas para solucionar sus problemas. Es decir, su pensamiento se ordena en dicotomías: o esto o lo otro. Normalmente cada persona recurre a los modos habituales de solución de problemas del pasado. Pero a veces la situación es nueva e irrumpe interrumpiendo el flujo habitual de los acontecimientos y no se sabe cómo actuar.

Se le ayuda a explorar otras opciones que no es capaz de ver por sí solo. La enfermera no elige por el paciente, sino que lo ayuda a entender que hay generalmente más de una solución para un problema, y se las presenta a su consciencia a fin de dialogar al respecto.

*6º Ayudar a la persona a ensayar nuevas líneas de comportamiento.*

La relación de ayuda constituye un campo de práctica para la persona, quien se da cuenta de que puede relacionarse y, de algún modo, con el terapeuta va ensayando y aprendiendo nuevas formas de comunicarse: de expresarse, escuchar, interpretar los mensajes del otro, de dar nombre a sentimientos, vivencias, etc.

Además se desarrollan planes de ensayos sobre los cambios de conducta específicos, si hay dificultad en la relación con mujeres, o con hombres, o con figuras de autoridad, con su pareja. Se realizan juegos de rol. El objetivo es ayudar a la persona a adquirir confianza en sí mismo como persona que puede planificar, evaluar, discernir alternativas y enfrentar el resultado de sus ensayos, en condiciones seguras.

*7º Ayudar a la persona a comunicarse.*

Las personas necesitadas de ayuda en salud mental habitualmente experimentan grandes dificultades para compartir sus pensamientos y sentimientos con los demás. Cada interacción de ayuda

va estimulando a la persona a decidirse, poner nombre a lo que siente o expresarse en forma clara, directa y congruente entre lo verbal y expresivo.

### 8º *Ayudar a la persona a socializar.*

Las personas con problemas de salud mental tienen dificultad para relacionarse con otros, disfrutar y sentir placer de estas interacciones y prestar atención a las necesidades de los demás. Esto es socializar y es un proceso recíproco. Habitualmente se aíslan, tienen pocos amigos o ninguno, no se recrean con otros, etc. La relación de ayuda permite disfrutar del contacto con otro y puede ser clave para atreverse a correr el riesgo en nuevas relaciones.

### 9º *Ayudar a la persona a encontrar un sentido a lo que vive.*

*“Sentido es la razón conferida a una experiencia determinada de la vida por el individuo que la vive...”* (Víctor Frankl). Constituye el *porqué* para vivir. Se refiere a todo el sistema de valores y principios que sustenta la vida personal y que le da dirección y propósito.

Cuando hay dificultades, cada persona tiende a buscar un sentido a lo que vive, si no lo encuentra, se intensifica el problema. Aún así, cada persona busca un sentido para soportar su enfermedad. La enfermedad y el sufrimiento pueden ser experiencias renovadoras siempre y cuando la persona descubra algún sentido en su sufrimiento. La enfermedad puede y debe ser una *experiencia de aprendizaje* y ayudar a la persona a crecer y desarrollarse como ser humano, a consecuencia de su sufrimiento.

Se puede tender a acusar a otros por la enfermedad: a Dios, a la mala suerte, al destino, a los padres, a miembros de la familia, a la sociedad, etc... Pueden acusarse a sí mismos, culparse y castigarse, o pueden no creer que están enfermos por falta de introspección o por defensa contra la angustia que le despierta la realidad dolorosa.

Cuando la persona se culpa o busca culpar a algo externo de sí mismo, se evidencia el intento de encontrar sentido a su enfermedad o de descubrir razones para su sufrimiento. Es una barrera enorme y se debe ayudar a superar. No sólo el consultante se paraliza a nivel de la culpa, sino todo el equipo de salud o el que ayuda. Al analizar las teorías sobre etiología de enfermedades y problemas psicológicos, es probable que se culpe a los familiares –generalmente la madre– de “causar” el problema. Esto es grave, porque el profesional que ayuda, de algún modo transmite al enfermo o consultante el mensaje de que “Ud. no es responsable por su comportamiento”, lo que induce al enfermo a creer que es una persona sin responsabilidad y que no puede cambiar su comportamiento ni influir sobre lo que le ocurre o decidir su futuro, en fin, ayudarse a sí mismo.

Es difícil encontrar sentido a la enfermedad, sobre todo si es mortal. La tarea se hace virtualmente imposible si la persona no puede superar la culpabilidad y este comportamiento es reforzado por las personas que lo están ayudando. ¿Cómo se le puede ayudar a convertir la enfermedad en una experiencia de aprendizaje? Sólo en la medida que el ayudante y ayudado sean capaces de percibir su participación en las experiencias de la vida y en aceptar su condición humana vulnerable al sufrimiento y con fortalezas y virtudes que hay que descubrir y nombrar. El sentido va emergiendo de la claridad que se va haciendo durante la relación de ayuda.

Cada crisis se puede percibir como un estado de remoción de lo que no está firme. Como en un terremoto, queda en pie lo firme, la roca sólida en la cual la persona se puede parar para enfrentar la

vida: aquellas fortalezas de la personalidad que, aún en el peor de los estados depresivos, no se mueven y ayudan a creer de nuevo en una esperanza para intentar de otro modo seguir viviendo.

## **Algunas técnicas de comunicación sugeridas**

Son medios de ayuda concreta que permiten lograr los objetivos que se van proponiendo en la relación de ayuda. No son fines en sí mismas; porque no siempre suscitan la respuesta deseada. Ayudan siempre y cuando no se las utilice en forma repetitiva, estereotipada o inapropiada.

### *1º Estimular al enfermo a que verbalice*

A través de la verbalización las personas se dan a conocer y ésta permite en liberación de la tensión y angustia, en vez de traducir en acciones esos sentimientos. Verbalizar es nombrar en palabras las vivencias, las experiencias y definir sus problemas desde su perspectiva. Nombrar es sacar de lo invisible aquello que está vivo pero permanece sepultado en el interior de la persona y mientras esté así, es imposible poder comprender al otro. El proceso de comunicación provee al usuario del apoyo emocional necesario y lo ayuda a desarrollar capacidades interpersonales vinculadas a la solución de sus problemas.

Se estimula a que la persona verbalice usando preguntas o afirmaciones: ¿Decía Ud.?. ... y después de eso, ¿Ud...?. Continúe...por favor...; Cuénteme más acerca de ...; Y luego ¿qué sucedió?...¿Y que significa para Ud. “estoy chata”?. También se estimula la verbalización usando medios no verbales, como movimientos de cabeza, de las manos, la mirada atenta que indique “lo escucho, siga hablando”.

### *2º Ayudar a la persona a aclarar.*

Se ayuda a aclarar el sentido y la naturaleza del mensaje que el otro está transmitiendo. Cuando se está en crisis o angustiado, es habitual que se experimente desorden del pensamiento y del lenguaje y hay dificultades para decir claramente lo que se quiere transmitir, o se supone que los demás no van a entender o aún peor se supone que el otro me entiende.

Se sugiere interrumpir el flujo verbal cada vez que no se comprenda el significado de comentarios, generalizaciones y preguntas de la persona. No se debe suponer que se sabe a quien se refiere cuando la persona dice “él”, “ella”, “nuestro”, “usted” o “lo” todos”, ninguno” “nunca, aquí nadie”.

Algunas preguntas o afirmaciones para intentar aclarar: “No lo estoy siguiendo. Cuénteme de nuevo acerca de...”; “¿a quién se refiere cuando dice “ellos”, “él”, “todos” o “toda la gente”?; ¿qué quiere decir que eso ayudó?; ¿qué fue lo que ayudó?, ¿en qué sentido?; “No entiendo lo que Ud. está diciendo...¿podría Ud. explicarme...?; ¿qué significa para Ud. eso de... “no vale la pena”?; ¿cómo es eso?; ¿dónde ocurrió?; ¿cuándo ocurrió eso?; ¿quién estaba allí?.

Lo importante es comprender el significado que la persona da a sus experiencias. Y preguntar directamente: ¿Qué quiere decir “a nadie le importa”... ¿A quién no le importa?... déme un ejemplo.

La vaguedad y el uso de adjetivos globales como “todo el mundo me odia...” debe aclararse con “¿quién es todo el mundo?, ¿quién es? ; ¿”qué es eso de “me odian”, ¿qué siente Ud?

Cuando la comunicación es disgregada y se salta de un tema a otro, es más difícil comprender, se requiere más tiempo de relación. Es recomendable preguntar: “No entiendo, Juanita lo que Ud. me dice... ¿Cómo es eso?”

3º *Ayudar a concentrarse-enfocar*

Muchas personas, con altos niveles de angustia, experimentan dificultad en concentrar la atención en un solo tema y saltan de un tema a otro (disgregación). Puede ser una defensa para no comprometerse emocionalmente, evitar temas inquietantes y permanecer en un nivel superficial de relación convencional.

Cuando esto ocurre, se interrumpe el flujo del diálogo para hacer preguntas que aclaren conexiones entre algunos hechos y se concentra en un solo tema. A veces la enfermera cambia de tema porque no tolera la angustia que le desencadena la disgregación del paciente, o el tema mismo o la situación.

Si el paciente se encuentra en temas externos a sí mismo se puede interrumpir.

- “Me da la impresión que Ud. está evitando de hablar de sí mismo...”, dígame, ¿por qué está llevando la conversación hacia el clima, el jardín...? ¿que siente? O se le interrumpe: ¿Ud. qué siente respecto a su padre?, ¿cómo es su relación con él?, ¿qué significa esa “buena” relación para Ud.?, ¿en qué es buena?

Es bastante fundamental el tipo de preguntas que se realiza durante la entrevista... porque ellas conducen al foco de los temas.

4º *Ayudar a la persona a identificar causas y efectos en su conducta.*

Se le ayuda a identificar lo que él dijo o hizo antes durante y después de una situación problema. Ejemplo, “A ver, cuénteme, y Ud. ¿qué hizo o dijo antes de que su mamá le gritara?”; “¿qué hizo mientras ella le gritaba?” y “¿qué hizo y dijo después?”. De este modo se va haciendo consciente de su participación en sus experiencias.

5º *Escucha activa de los mensajes verbales y no verbales.*

La personas reconocen que lo que más les ayuda de un terapeuta, un sacerdote o cualquier persona reconocida como ayudante, es su capacidad de *escucha activa*. Este rasgo está ampliamente descrito en literatura, y es resultado de muchas investigaciones respecto de este tema. Cuando la persona se siente escuchada, se siente tomada en serio, siente que puede confiar, se abre y se desahoga y con ello disminuye mucho su ansiedad. Por el contrario cuando la enfermera no escucha y se pone a verbalizar su opinión, bloquea la posibilidad de comprender el mundo de la persona desde su perspectiva. Para indicar que se está escuchando, haciendo silencio, atendiendo al mensaje verbal y no verbal de la persona, y emitiendo signos de que lo está escuchando: movimientos de asentimiento que reflejan que está siendo escuchado, acercar el cuerpo, inclinarse hacia el otro brevemente, decir “Sí... lo escucho” o “mmm”, etc... Otros modos de señalar al otro que se le está escuchando es mediante la repetición de frases exactas dichas por él cuando hace una pausa:

Pte-: ...“y yo tenía temor a lo que ella iba a contestarme”...

Enf-: -“Ud. tenía temor a lo que ella iba a contestarle”...

O Simplemente repetir la última palabra “contestarle...”. La persona tiende a seguir el relato.

6º *Ayudar al enfermo a percibir su participación en la experiencia.*

A veces los enfermos tienen dificultad para percibir su participación en lo que les ocurre. Al usar las técnicas mencionadas se ayuda al paciente a percibirse a sí mismo como alguien activo en lo

que le pasa. La enfermera lo ayuda a darse cuenta de que es un ser humano que piensa, siente y provoca reacciones en los otros.

## **Consideraciones Finales**

Estas habilidades son posibles de desarrollar en los alumnos, durante sus experiencias clínicas generales y no sólo en Enfermería Psiquiátrica. Si se piensa que cualquier persona hospitalizada gravemente enferma tendrá familiares angustiados; cada madre, padre y abuelos que hospitalizan a un hijo, a su nieto; cada esposa a su esposo, cada hija a sus padres, están necesitados de ayuda. La hospitalización por enfermedad grave es una situación privilegiada para que los alumnos aprendan a intervenir progresivamente. No se puede permitir más que los alumnos realicen experiencias clínicas centrándose sólo en los problemas que las personas tienen, desconsiderando la repercusión que el problema tiene en la persona como un todo integral.

Si bien este discurso de la integralidad y cuidado comprensivo está muy de moda y figura en todos los textos de enfermería, se ha convertido casi en un mito. En la realidad de la docencia de post-título, hemos podido comprobar los grados progresivos de temor de las enfermeras clínicas a enfrentar la intimidad con enfermos y sobre todo con los familiares (curso sobre intervención en crisis emocionales, post título, Escuela de Enfermería). En vez de considerarlos foco de atención y factor clave de evaluación de la satisfacción usuaria, las enfermeras hacen todo lo posible por alejarse de los enfermos y familiares que necesitan ayuda inmediata, aquellos que están ahí, esperando todo el día a que “pase el médico, “a ver si consiguen que les digan alguna cosa” (relatos de pacientes en entrevistas de ayuda, 2004). La enseñanza de la relación de ayuda debe ser una prioridad en Enfermería y no un espacio agregado al plan de atención de Enfermería.

Travelbee (1979) con su perspectiva sobre la relación de ayuda como de *persona a persona*, ha demostrado que es una teoría que orienta y hace posible enseñar y acompañar a los alumnos durante el proceso de desarrollo de competencias de ayuda interpersonal, que cada día son más importantes porque las personas esperan de la enfermera cuidados profesionales. El proceso de aprendizaje-enseñanza se debiera complementar con la orientaciones teóricas y prácticas de otras teoristas como Peplau (1990) y más recientemente de Peggy Chinn (1995), de Patricia Benner & Judith Wrubel, (1989), y de Rose Marie Rizzo Parse (2000).

## **Referencias Bibliográficas**

- Benner, P & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.
- Chinn, P. (1995). *Peace & power: building communities for the future*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: National League for Nursing.
- Doona, M.E (1982). *Joyce Travelbee. Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. 2<sup>nd</sup>. Ed. Colombia: Carvajal. OPS-OMS.
- Helmann, C.G. (1994), *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*, 3<sup>o</sup> ed., London: Butterworth-Heinemann.
- Kleinman, A, E., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88, 250-258.
- Archivos Identidades. Estudios de género y sexología. (s.f). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas. Margaret Mead*. Recuperado en Nov 8, 2003, de <http://www.identidades.org/fundamentos/mead>
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Parse, R.M. (2000). *Theory of human becoming*. New York: National League for Nursing

Travelbee, J. (1966). *Intervention in Psychiatric Nursing: process in the one-to-one relationship*. Philadelphia: F.A. DAVIS COMPANY.

Travelbee, J. (1979). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: el proceso de la relación persona a persona*. Colombia: Carvajal. OPS-OMS. 1ª ed. Español.

---

**Correspondencia a:** M. Soledad Rivera. Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile. Campus San Joaquín. Vicuña Mackenna 4860. Casilla 306. Correo 22. Santiago, Chile.

[mriverma@puc.cl](mailto:mriverma@puc.cl). Fono: 562-354 7269





# Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile

## *Tesis de Pregrado. Programa de Enfermera Matrona Año 2003*

Tema	Alumnos	Profesoras Guía
Apoyo Social percibido por un grupo de adultos mayores diabéticos.	Marjorie Escobar Salazar, Carolina Schiaffino Orrego	<i>Cecilia Arechabala marechab@uc.cl</i>
Morir dignamente: Opinión de adultos mayores hospitalizados.	Ada Castillo Lizette Rojas Andrea Robles	<i>Alejandrina Arratia darratia@uc.cl</i>
Conflicto decisional en madres de niños prematuros.	Pía Molina	<i>Erika Caballero</i>
Impacto de la intervención de enfermería en la estimulación, evaluación y relación padres e hijos del Programa de Evaluación del desarrollo psicomotor con participación de evaluación de los padres.	Marlene Pérez Gazmuri Romina Reydet Sartori	<i>Cecilia Campos campos@uc.cl</i>
Actitudes y opiniones de madres de recién nacidos frente a la prevención de obesidad en sus hijos.	Leticia Rivera Cruz Danitza Sánchez Muñoz	<i>Cecilia Campos</i>
Conductas de autocuidado de niños que asisten a escuelas municipalizadas en La Pintana.	Marcela Caviedes Olmos Priscilla Loyola Cabrera	<i>M<sup>a</sup> Sylvia Campos mcampose@uc.cl</i>
Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la comuna de La Pintana.	Angélica Fuentes A. Priscilla Minguez C. Marsella Segovia G.	<i>M<sup>a</sup> Sylvia Campos</i>
Relación entre malnutrición por exceso e hipertensión arterial en escolares de primer año de enseñanza básica de colegios municipalizados de La Pintana.	Jimena Espejo D. Marta Pérez E.	<i>M<sup>a</sup> Sylvia Campos</i>
Percepción de los padres con relación al estado nutricional de sus hijos en Kinder y Primero Básico de escuelas municipalizadas de Macul.	Christian Castillo Paredes	<i>M<sup>a</sup> Sylvia Campos</i>

Tema	Alumnos	Profesoras Guía
Perfil de Salud en pacientes sometidos a hemodiálisis y trasplante.	Jocelyn Araya J. Pamela Vásquez G.	<i>M<sup>a</sup> Isabel Catoni M<sup>a</sup> Cecilia Arechabala mcatoni@uc.cl</i>
Develando la percepción de las enfermeras sobre su experiencia en el trabajo de rehabilitación.	Martha Abuffon	<i>Angélica Cazenave lcazenav@uc.cl</i>
Significado del proceso de rehabilitación a drogas, perspectiva del paciente.	Patricio Guerrero P. Carolina Jara Z.	<i>Angélica Cazenave</i>
Apoyo social percibido en madres que controlan su embarazo en el Consultorio San Rafael de La Pintana.	Gabriel Fuentes M.	<i>Nivia Cruz ncruzj@uc.cl</i>
Evolución de los signos y síntomas gravídicos en las embarazadas.	M. Consuelo Moos Macarena Vial	<i>Nivia Cruz</i>
Evaluación del interés que tienen las puérperas por recibir información con relación al cuidado de sí misma y su recién nacido.	M. Alejandra Barría Angélica Cortés	<i>Nivia Cruz</i>
Toma de decisiones en salud en las personas con VIH/SIDA	Daniel Fuentes V. Aileen Morales F. Pabla Ravanales	<i>C. Ximena Ferrer xferrer@uc.cl</i>
Toma de decisión en salud del familiar: cuidados de una persona con VIH/SIDA	Soledad Castro B. Sandra Cuevas A.	<i>Ximena Ferrer</i>
Toma de decisiones en Salud en familiares cuidadores de personas VIH/ SIDA, perspectiva.	Pabla Cornejo T. Valeska Salgado V.	<i>Ximena Ferrer</i>
Satisfacción usuaria de los pacientes que se atienden en el programa de infectología del centro médico San Joaquín durante los meses de octubre y noviembre del 2003.	Carolina Crisóstomo V. Loreto Vergara M.	<i>Ximena Ferrer, Angélica Cazenave</i>
Análisis de concepto y su relación con Enfermería.	Ginette Mancilla B. Marta Cortés H.	<i>Luz Galdames lgaldame@uc.cl</i>

Tema	Alumnos	Profesoras Guía
Percepción de los cuidadores informales sobre la confianza para realizar cuidados básicos de sus familiares después de la aplicación de una estrategia de capacitación.	Paulina Torres P.	<i>Luz Galdames</i>
Vivencias y estrategias utilizadas por el personal de enfermería para afrontar el proceso de duelo provocado por la muerte de un niño oncológico.	Marisol Miranda Romina Orsini	<i>Rina González</i> <i>rgonzalr@uc.cl</i>
Impacto y medidas de afrontamiento de las madres frente al diagnóstico de cáncer de su hijo.	Josefina Morales	<i>Rina González</i>
Características del patrón de sueño de un grupo de personal de las Fuerzas del Ejército de Chile.	Silvia Gajardo Veloso Macarena Galaz Irarrázabal Carolina Guajardo Vera	<i>Patricia Masalán</i> <i>mmasalan@uc.cl</i>
Impacto de los turnos nocturnos sobre el patrón de sueño y la percepción del desempeño laboral en enfermeras (os).	Trinidad Mery	<i>Patricia Masalán</i>
Percepción de calidad de vida de los enfermos oncológicos y sus familiares.	Carolina Gómez Carolina Ureta	<i>Hedy Mautner</i>
Factores considerados relevantes en la calidad de vida del enfermo oncológico terminal.	Daniela Bustos S. Lorena Herrera M.	<i>Hedy Mautner</i>
Modificación en el estilo de vida de pacientes tras un episodio de infarto agudo al miocardio.	Johanna Acevedo Romo Bárbara Kunze García Claudia Saavedra Arancibia	<i>Astrid Ourcilleón</i> <i>aourcill@uc.cl</i>
Características de los pacientes con infarto agudo al miocardio sometidos a trombólisis sistémica con estreptokinasa.	Suzana Mimica Flores Carolina Poulain Zapata	<i>Astrid Ourcilleón</i>
Factores que influyen en la adherencia de pacientes que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca.	Alejandra Salazar	<i>Astrid Ourcilleón</i>

Tema	Alumnos	Profesoras Guía
Impacto de una actividad de capacitación en RCP básico del adulto.	Violeta Godoy M. Nicole Araos B.	<i>Astrid Ourcilleón</i> <i>Claudia Pérez</i> <i>cperezac@uc.cl</i>
Impacto de un protocolo de atención en el paciente gran quemado.	Juan Francisco Leiva Macarena Fernández	<i>Claudia Pérez</i> <i>Astrid Ourcilleón</i>
Inducción del trabajo de parto con oxitocina/misoprostol: evolución y resultados maternos perinatales.	Gabriela Araya del Río	<i>Lauren Poupin</i> <i>lpoupin@uc.cl</i>
Ingesta de alcohol durante el embarazo.	Aldo Bersani Clavería Carolina Miranda Reyes Francisca Trepiana Steiner	<i>Lauren Poupin</i>
Síndrome hipertensivo del embarazo: Prevalencia de las distintas vías de parto.	Claudia Valenzuela Marcela Pérez	<i>Lauren Poupin</i>
Prevalencia de consumo de alcohol durante el embarazo y factores de riesgo asociados.	Ingrid Ojeda Macarena Villegas	<i>Lauren Poupin</i>
Relación entre el amamantamiento y la manifestación de dolor en lactantes sometidos a vacunación subcutánea.	Verónica Collao Cruz Claudia Cruz Montero Claudia Torres Gutiérrez	<i>Lauren Poupin</i>
Efecto de un programa educativo en el grado de conocimiento sobre los riesgos del consumo de drogas durante la gestación.	Marión Barrera Rosa Tzejansky	<i>Lauren Poupin</i>
Factores que influyen en la adherencia a los controles de PNE.	Paulina Ahumada Alejandro Aguirre	<i>Lauren Poupin</i>
Percepción de mujeres adultas mayores sobre su autoestima, relación de pareja y sexualidad.	Alejandra Muñoz Halabí Claudia Sepúlveda Moreno	<i>M<sup>a</sup> Soledad Rivera</i> <i>mriverma@uc.cl</i>
Percepción de la mujer sobre las características de su respuesta sexual durante el postparto.	Viviana Farah O. Karina Guzmán G.	<i>M<sup>a</sup> Soledad Rivera</i>

Tema	Alumnos	Profesoras Guía
Depresión en adultos mayores diabéticos, su impacto en las prácticas de autocuidado y contribución de enfermería.	Luzmira Caviedes Francy Muñoz	<i>M<sup>a</sup> Soledad Rivera</i>
Efectos del Reiki sobre el distress y el bienestar de enfermeras psiquiátricas.	Catalina Rivera	<i>M<sup>a</sup> Soledad Rivera</i>
Factores que determinan las conductas en salud respecto a la fisura labiopalatina en los usuarios de la Fundación Gantz.	Ketty Ibáñez L. Paula Van-Der Mollen	<i>Paz Soto</i> <i>pesoto@uc.cl</i>
Calidad de cuidados y factores asociados en niños con fijadores externos.	Jeanette White Geraldine Yokens	<i>Paz Soto</i>
Características y complicaciones del embarazo y periparto según el estado nutricional de las madres.	Sandra Fatigante S.	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i>
Calidad de vida en mujeres con sangramiento uterino anormal.	Elda Vinagre Mena	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i> <i>murrutis@uc.cl</i>
Perfil de los usuarios de terapias alternativas.	Virginia Arriagada Barrueto Carola Cornejo Bello Carolina Gamboa Ramos	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i>
Evolución del estado nutricional en embarazadas sanas con recién nacidos de diferentes pesos al nacer.	Carolina Delgado Reyes Catalina Martín Fernández	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i>
Prevalencia de factores de riesgo para trastornos de las conductas alimentarias en adolescentes.	Osmán Gajardo Héctor Badillo	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i>
Perfil de la mujer que desarrolla embarazo ectópico.	Paula Alarcón Aranis M. Magdalena Rodríguez C. Loreto Stiven Rodríguez	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i>
Motivaciones y expectativas de los egresados de la Escuela de Enfermería de la U.C. para participar en una asociación de ex alumnos.	Báltica Cabieses Valdés M. Pamela Pizarro M	<i>M<sup>a</sup> Teresa Urrutia</i> <i>Mónica Muñoz</i>



# Revista Horizonte de Enfermería

La Revista Horizonte de Enfermería es una publicación de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, destinada a difundir el saber sobre Enfermería y Salud con el fin de contribuir al desarrollo de la disciplina y al mejoramiento continuo de la profesión de Enfermería, dando visibilidad a su aporte específico a la calidad de vida de las personas.

## Normas de publicación

Serán recibidos artículos originales, destinados exclusivamente a Revista Horizonte de Enfermería. El autor debe enviar una declaración adjunta al artículo que asegure este punto.

- 1.- Todo artículo será sometido a evaluación y aprobación del Comité Editorial. Cada artículo se enviará a tres revisores, uno de ellos es internacional.
- 2.- El Comité Editorial asegura el anonimato (del o los autores) en el proceso de evaluación y aprobación de los trabajos recibidos.
- 3.- El (los) autor(es) deberá(án) estar suscrito(s) a la Revista Horizonte de Enfermería, en el momento de enviar su trabajo para ser evaluado o inscribirse en el momento que reciba la carta de aceptación de su trabajo para ser publicado.
- 4.- Los trabajos presentados en eventos (congresos, simposios, seminarios...) serán recibidos sólo si no han sido publicados integralmente en los anales o textos de resúmenes. El autor debe acompañar carta de autorización de los organizadores del evento para publicar el manuscrito.
- 5.- Excepcionalmente, serán recibidos trabajos ya publicados en revistas extranjeras y en otro idioma distinto a la lengua española, si la Comisión de Publicación lo considera relevante por los aportes que representa y, si, además, son autorizados por el Comité Editorial de la revista donde los artículos han sido publicados originalmente. El autor debe acompañar carta de autorización de la fuente original.
- 6.- Los trabajos deben estar escritos en lengua española y deben incluir el título, resumen y palabras clave en español e inglés (title, abstract, key words).
- 7.- El Comité Editorial se reserva el derecho de hacer modificaciones de redacción y ajuste de normas bibliográficas, pero las de estructura o contenido del trabajo serán acordadas con los autores. No serán admitidas modificaciones o alteraciones del texto después de la aceptación del artículo para publicación.
- 8.- Las opiniones emitidas en los trabajos, así como la exactitud, adecuaciones y procedencia de las citas bibliográficas, fotos, tablas, gráficos, son de exclusiva responsabilidad de los autores. En el caso de que el artículo incluya tablas, fotos u otro material de otras fuentes, debe incluir la autorización de la fuente original para ser publicada.
- 9.- Serán permitidas reproducciones totales o parciales de los trabajos publicados sólo si indican fuente y autoría.
- 10.- Los artículos serán clasificados como reflexión teórico-filosófica, teórico metodológica y/o ética; investigaciones cuantitativas y/o cualitativas, revisiones de literatura, proyectos, programas o planes de intervención y

## Normas de presentación de trabajos

Los trabajos deben ser enviados por correo, en cuatro copias, una de las cuales contenga los datos completos de los autores y tres sin autores, acompañados de una carta de solicitud firmada por todos los autores y un diskette con el artículo. Adjunte una declaración de exclusividad de la publicación para la Revista Horizonte de Enfermería, firmada por todos los autores. Se aceptarán artículos adjuntados, por e-mail.

El manuscrito debe cumplir los siguientes criterios para ser considerado:

- No deben ser superiores a 20 páginas,
- En papel tamaño carta (8 x 11); espacio 1,5; con margen izquierdo de 3 cm; margen derecho (superior e inferior) 2 cm; letra Times New Roman

tamaño 12, observando la ortografía oficial, editor Word for Window 2.0 o superior en editores que sean compatibles.

- Las páginas deben ser numeradas.
- En la primera página incluya el título del trabajo en español e inglés, nombre completo de los autores, título profesional, grados académicos y lugar de trabajo, dirección postal, e-mail y teléfono de cada uno de ellos.
- Cuando se trata de investigaciones o proyectos de Intervención u otros concursados, incluya a pie de página fuente de financiamiento.
- Resumen en español que sintetice el contenido del artículo, máximo en 250 palabras, en espacio simple. Incluya cuatro palabras clave según descriptores de BIREME. Además incluya el abstract y cuatro palabras clave en inglés.
- **Ilustraciones** (Tablas, gráficos, cuadros, fotos, modelos, mapas, diseños, esquemas):
  - **Las ilustraciones no se incluirán en el texto, sino en hojas separadas que permitan una buena reproducción.**
  - Deben ser diseñados en escala de grises.
  - Se debe señalar en el texto el lugar donde han de insertarse, y en una página aparte, se incluirán los títulos y leyendas de las figuras y tablas, correlativamente numeradas según aparecen en el texto.
  - Toda tabla, gráfico, figura o fotografía que haya sido publicada con anterioridad debe acompañarse de una autorización por escrito de la fuente original donde fue publicada.
- **Incluya en hoja aparte el Consentimiento Informado y el Certificado de aprobación del Comité de Ética de su Institución, o el que corresponda.**

En el caso de investigaciones debe señalar:

- **Introducción:** Señale el propósito y objetivos del estudio, el problema a investigar y un breve fundamento sobre la relevancia del tema a investigar.
- **Marco de referencia teórico o revisión de la literatura actual sobre el tema.**
- **Metodología del estudio:** Tipo de estudio, tamaño y método de selección y tamaño de la muestra o participantes del estudio, tipo de instrumentos (confiabilidad y validez) y procedimientos de recolección de información; método de análisis de la

información y consideraciones éticas sobre protección de los sujetos de investigación (incluya el consentimiento informado y copia del certificado de aprobación del Comité de Ética correspondiente).

- **Resultados y Discusión** a la luz de la literatura revisada. Los resultados deben discutirse respecto a los estudios nacionales e internacionales que se han publicado sobre el tema con anterioridad. Finalmente, incluya reflexiones sobre implicancias de los hallazgos para mejorar la acción profesional de Enfermería.
- Los títulos deben escribirse en minúsculas y los subtítulos en minúsculas con letra cursiva.

## Referencias Bibliográficas

Las citas bibliográficas en el texto y finales deberán señalarse de acuerdo con el sistema autor-fecha de **la American Psychological Association (APA) Quinta Ed.** Las referencias bibliográficas finales deben incluir solamente aquellos autores expresamente señalados en el texto del manuscrito original, en orden alfabético.

### *Citas en el texto:*

En el texto, cuando la obra está escrita por un solo autor, se anota su apellido y el año entre paréntesis redondo. Ej. Calderón (2003) comparó los tiempos...

Cuando se trata de dos autores, sepárelos por la letra **y**. Ej: Bradley y Ramírez (1999) encontraron un...

Cuando se trata de tres a cinco autores, cítelos a **todos** la primera vez. Ej: Vélez, Santibáñez, Andrade, Soto y Rivera (2003) encontraron que los pacientes... Cuando ellos son citados por segunda vez en el texto se anota solo al apellido del primer autor y se escribe **et al.** Y la fecha entre paréntesis redondo. Ej: Vélez et al (2003) concluyeron que...

Cuando la obra esta escrita por **seis o más autores** se cita el apellido del primer autor seguido de **et al.** y el año de la publicación, desde la primera vez que aparece en el texto. Ej. Urrutia et al. (2003), encontraron que...

En el caso de que se citen **dos o más obras** de diferentes autores sobre el mismo tema, se escriben apellidos y fecha separados por punto y coma, dentro **de un mismo paréntesis** Ej. Se ha encontrado evidencia respecto al uso de la piel de cordero (Alsana, 2000; Saldías, 2000; Harrison, 2001; Letelier, 2002; Da Silva y Rivera, 2003)



En el caso que la obra o página web no tenga autor, la referencia comienza con el título del documento, seguida de la fecha. Ej. El asma es definida por los Institutos Nacionales de Salud como, etc... ("El asma", 2003)

#### *Citas textuales*

No deben exceder cuatro párrafos en todo el texto, y 40 palabras.

Se escriben entre comillas en forma exacta a como aparece en la obra original. Se debe incluir el apellido del autor, año de la publicación, una coma, seguida de la página en la cual aparece el texto citado. Ej. Para Travelbee, la relación de ayuda se define como "un proceso interpersonal y terapéutico a través del cual la enfermera ayuda al paciente a enfrentarse al dolor de la enfermedad y si es necesario encontrarle un sentido a sus experiencias" (Travelbee, 1989, p. 21).

#### *Lista de Referencias en lista final:*

Orden Alfabético

#### *Artículo de revista:*

Logan, J. (2000). Incorporación de la evidencia en la práctica diaria de la Enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 10, 31-37.

#### *Libro Completo:*

Fernández, P., Caballero, E., y Lira M. T. (2004). *Problemas de salud infantil: Intervención de Enfermería*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

#### *Capítulo de Libro:*

Herrera, L.M. y Cantwell, M. (2004). Manejo de los principales problemas de lactancia. En P. Fernández., E. Caballero y M.T. Lira. (Eds). *Problemas de salud infantil: Intervención de Enfermería*. (pp. 115-130). Santiago: Ediciones de la Universidad Católica de Chile.

#### *Tesis*

Mena, D y Murillo, M. (2003). *Familiares de esquizofrénicos: vivencias del día a día*. Tesis de Licenciatura no publicada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

#### *Abstracts publicado en libro de congresos*

Rivera, M.S. (2003). *Evolución de la conciencia de género en el proceso de transformarse en mujer*. [Abs-

tract]. VIII Jornadas Australes sobre Género, Mujer y Desarrollo. Universidad Austral de Chile. p. 45. Valdivia, Chile.

#### *Ponencias en Congresos, no publicadas*

Rivera, M.S., y Urrutia, M.T. (2003, Noviembre). *Conocimiento difundido por la Revista Horizonte de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 1990 y 2002*. Artículo presentado en la *I Conferencia Iberoamericana de Revistas de Enfermería y Afines*, Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.

#### *Posters presentados en Congresos:*

Arechabala, C., y Rivera, M.S. (2003, Junio). *Creando vínculos para ser saludables*. Poster presentado al V Congreso Mundial de Geriátrica, Salamanca, España.

#### *Trabajo presentado a Symposium no Publicado*

Urrutia, M., y Campos, S. (2003, Enero). Síntesis de resultados de investigaciones realizadas en el área de toma de decisiones en salud de mujeres en desventaja social. En M.S. Rivera (Presidenta de mesa). *Mirada al Saber Producido por el Escuela de Enfermería*. Symposium realizado en las VIII Jornadas de Investigación en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

#### *Informes recuperados de memorias de hospitales o instituciones, no publicados.*

Saldías, M.I., y Galleguillos, J. (2003, enero). Informe de Enfermería año 2002. (Informe Técnico N° 50). Hospital Clínico Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

#### *Revistas electrónicas*

<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/info/citas.html>). Ej:

VandebBos, G., Knapp, S., y Doe, J. (2003). Role of Reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates. [electronic version]. *Journal of Bibliographic Research*, 5. 117-123. Recuperado en Octubre 29, 2003, de <http://jbr.org/articles.html>.

#### *Monografía Electrónica:*

Fecha: Usar la que aparezca en la página o sitio, si está fechada. En caso contrario poner sigla sin fecha (s.f.)

Becker, R., y Marino, A. (s.f.). Electromagnetism and Life. [En línea]. State University of New York Press. Recuperado Noviembre 20, 2003, en [http:// www. ortho. Isume.edu/faculty/narino/ EL/ELTOC.htm](http://www.ortho.Isume.edu/faculty/narino/EL/ELTOC.htm)

#### *Informes Técnicos, nombres Corporativos*

University of California, San Francisco, Institute for Health and Aging. (1999, November). *Chronic Care in America: a 21st century challenge*. Recuperado en Septiembre 20, 2003, de Robert Wood Johnson Foundation Website: <http://www.rwjf.org/library/chrcare/>

#### *Informes de organizaciones sin fecha*

Centro Médico San Joaquín. Pontificia Universidad Católica de Chile. (s.f.). *Estadísticas del primer semestre del año 2003 sobre atenciones prestadas*. Recuperado en Diciembre 12, 2003, de <http://www.puc.cl/reddesalud/informes.htm>

## **Sistema de Revisión de Pares**

El Comité Editorial está conformado por enfermeras y otros profesionales nacionales e internacionales, expertos en diversas áreas de la investigación en enfermería y salud, ética, filosofía, educación y estadística. El artículo es remitido a tres revisores, uno de ellos internacional. La revista acusará recibo del artículo dentro de la semana de recepción y se espera que el proceso de análisis y evaluación se realice en el plazo de seis meses a un año. Las comunicaciones con los autores se harán principalmente vía e-mail. Sólo en los casos en que los autores no tengan e-mail se hará por correo. Si el autor debe corregir su manuscrito la demora puede ser mayor

Envíe su manuscrito original según estas normas a:

María Teresa Urrutia.

E-mail: [revistahorizonte@uc.cl](mailto:revistahorizonte@uc.cl)

*Subdirectora*, Revista Horizonte de Enfermería.

Escuela de Enfermería.

# INFORMACIÓN



## LA ASOCIACIÓN CHILENA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Es una corporación de derecho privado que agrupa al personal docente de Enfermería del país a fin de estudiar, señalar y precisar científicamente los objetivos básicos de la educación en enfermería, procurando sean adaptados a ellas los programas de las diversas escuelas.

Para conseguir estos objetivos y sin que esta enumeración sea taxativa, la corporación podrá:

- a) Realizar encuentros, seminarios, simposios, cursos y eventos;
- b) Crear y administrar Centros de Estudio y de Investigación, Bibliotecas, Centros de documentación y Bases de datos;
- c) Editar, imprimir, distribuir folletos, boletines, revistas, periódicos y libros y, en general, producir y hacer uso de todo tipo de medios audiovisuales;
- d) Otorgar asesorías y transferencia tecnológica;
- e) Asociarse en forma transitoria o permanente con otras instituciones nacionales, internacionales o extranjeras que persigan fines análogos, y
- f) Colaborar con instituciones públicas, privadas o municipales, en materias que les sean comunes.

Si usted es docente de una Escuela de Enfermería de nuestro país, inscríbase en la Asociación Chilena de Educación en Enfermería. Es su responsabilidad participar en el cumplimiento de nuestra misión.

- 1) La membresía a la Asociación Chilena de Educación en Enfermería es considerada en la promoción académica.
- 2) Acredita como miembro activo de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería.
- 3) Como organismo asesor, la Asociación Chilena de Educación en Enfermería otorga asesoría en materias propias de educación en enfermería al Colegio de Enfermeras, MINSAL, Universidades, lo que da la posibilidad de ejercer el liderazgo nacional e internacional en materias referidas en Enfermería.
- 4) Ofrece acceso a la información relacionada con la Docencia en Enfermería en Chile y el extranjero.
- 5) Ofrece asesorías a través de expertos en áreas de la docencia en investigación en enfermería, según requerimientos.
- 6) Apoya a las Unidades Académicas para la realización de eventos en el área de educación y de investigación, lo que repercute en una rebaja de aranceles al socio.
- 7) Permite la integración al trabajo de las distintas comisiones de la sociedad, interesuelas.
- 8) Da prioridad al socio en actividades de educación continua, en educación en enfermería, talleres, seminarios, jornadas y otros.
- 9) Posibilita sentirse parte de un grupo humano en pro de los mismos objetivos.



## Suscripción Revista Horizonte de Enfermería 2003

SUSCRIPCIÓN (dos años)	Profesionales	Instituciones	Estudiantes
Nacional Chile	\$ 7.000	\$ 16.000	\$ 5.000
América Latina, el Caribe, África	US\$ 12.00	US\$ 12.00	US\$ 10.00
OTROS PAÍSES (América del Norte, Europa y Asia)	US\$ 20.00	US\$ 30.00	US\$ 10.00

- Un número anual

### Forma de pago de la Revista Horizonte de Enfermería

1. Deposite un cheque a nombre de Pontificia Universidad Católica de Chile, en una de estas cuentas:  
Banco Santander: Cuenta N° 08-0104190-8  
Corpbanca: Cuenta N° 1402656-8  
Santiago-Chile
2. En la boleta de depósito deben escribirse en forma legible suscripción Revista Horizonte de Enfermería y el año de la revista.
3. Mande un **Fax al N° (562) 354 7025** con el comprobante de depósito, junto con el nombre de la Revista Horizonte de Enfermería, Volumen y Año. Escuela de Enfermería.
4. Tener presente que el comprobante de depósito faxeado debe estar legible.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN*	
Nombres:	_____
Apellidos:	_____
Domicilio:	_____
	_____
Código Postal:	_____
Teléfono:	_____
Fax:	_____
Correo electrónico:	_____
Profesión:	_____
Actividad:	_____

\* Enviar junto con cupón de pago bancario al Fax: 354 7025. Revista Horizonte de Enfermería.



ANDROS IMPRESORES





## FE DE ERRATAS

### Revista Horizonte de Enfermería, Volumen 13, 2002

Artículo: Análisis de los registros de Enfermería a partir de Du Gás (39-53).  
Errores de fechas de tres referencias bibliográficas en el texto y omisiones en la lista final.

Aunque son muy antiguas, según sus autoras se trata de textos clásicos en el tema en la bibliografía brasileña.

Página 45, primer párrafo

Debería ser:

En la Tabla 1, observamos que el auxiliar de Enfermería realizó mayor número de registros (73%), seguido por las de la enfermera (15%) divergiendo de los estudios de Ribeiro (1972); Angerami, Mendes y Pedrazzani (1976) y Fávero (1979), quienes encontraron que los cuidadores de Enfermería son aquellos que más registraron, probablemente, porque en ese periodo el cuadro del personal de Enfermería en los hospitales era compuesto, principalmente, por cuidadores y los mismos ofrecían asistencia sin contar con ninguna formación académica específica, situación que era propicia debido a la escasez de profesionales.

En cuanto a las referencias de la lista final deben agregarse:

Angerami, E.L.S., Mendes, I.A.C., Pedrazzani, J.C. (1976). Análise crítica das anotações de enfermagem. *Rev. Bras Enfermagem*, 29(3), 28-37.

Fávero, N. (1979). *Estudo das anotações de enfermagem na assistência direta ao paciente*. Tese de Maestría no publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Fuert, E.V., Wolff L.V., & Weitzel, M.H. (1974). *Fundamentals of nursing. The humanities and the sciences of nursing*. 5edn. J.B. Philadelphia, Toronto: Lippincott Company.

Nóbrega, N.S. (1980). A propósito das anotações de enfermagem. *Enf. Atual*, 2(11):31-41.

Ribeiro, C.M. (1972) Auditoria de serviços de enfermagem. *Rv. Brás Enfermagem*, 25(4), 91-103.

Silva, A.C.L., Simões, L.A., Chagas, S.H. (1981). Evolução de enfermagem sua importância no planejamento de enfermagem. *Rev. Baiana Enfermagem*, 1(especial), 105-27.

Mandamos las excusas a las autoras.

María Soledad Rivera.  
Revista Horizonte de Enfermería  
Escuela de Enfermería