



Editor Jefe

Angélica Mosqueda Díaz

Doctora en Enfermería

Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Editor Asociado

Cibeles González Nahuelquin

Mg. en Enfermería

Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Corrección Abstract

Prof. Paulina Hurtado Arenas

Prof. Paulina Gundelach González

Diseño General

María Cristina Baranlloni Lagos

Diseño Portada

Estudiante Camila Villagrán Cáceres

Diseño Logo

Estudiante Omar Vega Mueña

Diseño Nombre

Estudiante Victoria Caqueo Alvarez

Dirección

Angamos 655, Campus de la Salud, Reñaca

Viña del Mar, Chile

Contacto

Fono: 32-2603815 - 32-2603820

Email: revista.enfermeria@uv.cl

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

SOR CALLISTA ROY

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

MARÍA CONSUL GIRIBET

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

JOSÉ SILES GONZÁLEZ

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

DIANA ACHURY SALDAÑA

Magister Enfermería Cardiovascular
Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

FRANCISCO GUZMÁN FACUNDO

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

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA

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

LETICIA CASIQUE CASIQUE

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

LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA

Doctora en enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional, Colombia

JULIA MARICELA TORRES ESPERÓN

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

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

ALIDE SALAZAR MOLINA

Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería,
Universidad de Concepción

ANA MARÍA VÁSQUEZ AQUEVEQUE

Doctora en Educación
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

ESTERBINA OLIVARES VERGARA

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

EUGENIA URRA MEDINA

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

ISABEL SIEFER NAVAS

Magister en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

LORENA BETTANCOURT ORTEGA

Magister en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

MARÍA SOLEDAD RIVERA MARTÍNEZ

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

MITZI LETELIER VALDIVIA

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

PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ

Doctora en Enfermería
Departamento de Enfermería,
Universidad Católica del Maule

CECILIA LANDMAN NAVARRO

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

ÍNDICE DE ARTÍCULOS

EDITORIAL

Desafíos para la enfermería chilena en el contexto de pandemia según los lineamientos del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)	Erika Caballero Muñoz	4
--	-----------------------	---

ORIGINAL

Actitudes de estudiantes de enfermería respecto al consumo de alcohol	Luz Patricia Díaz Heredia Luis Fernando Penagos Cubillos Angie Mabel Castañeda Casadas Leidy Verónica Rodríguez Silva Cristian Ernesto Zambrano Amado	9
Acceso y conocimiento de inmigrantes haitianos sobre la Atención Primaria de Salud chilena	Carolina Luengo Martínez Berenice Dámaris Acuña Pino Alexandra Francisca Baltra García Vanessa Andrea Bravo Acevedo Daniela Rocío Cortez Silva Ismael Antonio Morales Ojeda	21
Reproducibilidad de los resultados de un instrumento para valorar incontinencia urinaria en ancianos, Chile	Camila Andrea Cortés Geldes Paloma Alejandra Muñoz Reyes Bernardo Alberto Vallejos Rojas Boris Paolo Moena González Amparo Christine López González	32

REVISIÓN

Beneficios y complicaciones del catéter venoso central de instalación periférica en cuidados intensivos adultos	Isabel Marzán-Garay América Azolas-Paéz Angélica Mosqueda-Díaz	41
--	--	----

REFLEXIÓN

Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica	María Antonieta Silva Muñoz	52
Generación COVID: riesgos psicosociales para los niños que crecen durante la pandemia (Inglés)	Ana Luiza Ferreira Aydogdu	64

ESTUDIO DE CASO

Aplicación del proceso enfermero según teorías y modelos en el potencial donante: estudio de caso	Antonio Ramírez Palma Ruddy Freire Vicencio	73
--	--	----

Desafíos para la enfermería chilena en el contexto de pandemia según los lineamientos del Consejo Internacional de Enfermeras

Autor:

Erika Caballero Muñoz. Enfermera, Magister. Directora, Región América Latina y el Caribe, del Consejo Internacional de Enfermeras, Directora Escuela de Enfermería Universidad Católica Silva Henríquez

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2717>.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), es una federación de 130 asociaciones nacionales de enfermeras y más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo. Desde su creación en 1899, su misión es promover el bienestar de las enfermeras, el avance de la profesión de enfermería y abogar por la salud en todas las políticas a nivel global (1).

El 2017 el CIE, la Organización Mundial de la Salud y Burdett Trust for Nursing lanzaron la campaña Nursing Now, “Enfermería Ahora”, que buscaba relevar el rol e importancia de las enfermeras el sistema de salud, aumentar los puestos y mejorar condiciones de trabajo (2).

El año 2020 fue declarado el año de la enfermería, por el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale (2); sin embargo, por la pandemia los

ojos del mundo están puestos en nuestra profesión de una manera que no podríamos haber anticipado. En la región de América Latina el impacto del Covid 19 ha sido mayor por las determinantes sociales, que se caracterizan por un mayor nivel de pobreza, mayor hacinamiento, mayor migración, envejecimiento progresivo de la población, condiciones de trabajo más precarias que otras regiones, servicios de salud menos equitativos, con barreras de acceso y aspectos culturales diferentes (3).

El Covid-19 ha agravado la desigualdad de género en todo el mundo como las principales cuidadoras de niños, las mujeres se han visto afectadas por el cierre de escuelas y guarderías; con mayor probabilidad de estar en el trabajo a tiempo parcial, las

mujeres han estado entre las primeras en ser despedidas; y las restricciones de quedarse en casa han resultado en una mayor violencia doméstica, como ha señalado el CIE (4).

La falta de equipo de protección individual ha sido un problema relevante, incluso en algunos países de la región, las propias enfermeras deben llevar sus equipos de protección. Se ha requerido también capacitación en manejo de pacientes en UCI de todos los profesionales de salud, especialmente en un sistema de salud sobrecargado y estresado. Otro problema asociado es el agotamiento profesional producto del estrés y cansancio extremo, frustración, impotencia, miedo, angustia y ansiedad. Existe también incertidumbre de los profesionales por la seguridad de sus propias familias; las(os) enfermeras(os) clínicos se han visto muy cercanos a la muerte de sus pacientes, muchas veces en condiciones poco dignas, lo que hace cuestionarse más aun, respecto a los aspectos éticos de la pandemia, y han sido el apoyo para miles de pacientes que están solos en el hospital. Las enfermeras(os) se han visto expuestos a violencia, con evidencias de discriminación y maltrato, por creer la población que son una fuente de contagio, lo que da cuenta de la falta de información (5).

La pandemia de COVID-19 ha empeorado gravemente la salud mental y el bienestar de las sociedades. Ha magnificado la crisis de salud mental existente y la necesidad de aumentar urgentemente la inversión en servicios de salud mental, es por esto por lo que el CIE ha instado a los gobiernos a actuar ahora, protegiendo al personal sanitario, su salud mental y a poniendo tolerancia cero a este tipo de actos (6).

Las 12 prioridades principales contra el COVID-19, que el CIE hace en su llamado a la acción de los gobiernos son (7):

- Priorizar urgentemente un acceso fácil a suficiente cantidad de equipos de protección individual (EPI) de alta calidad y apropiados para enfermeras y otros trabajadores sanitarios. Nuestro director general Howard Catton ha instado a los líderes del mundo a garantizar el suministro de equipos de protección individual.
- Garantizar que todas las enfermeras tienen formación apropiada en prevención y control de infecciones basada en la evidencia, así como la orientación y la capacitación específica más reciente sobre el COVID-19.
- Proteger la salud y el bienestar de las enfermeras(os) y otros trabajadores sanitarios.
- Implementar/intensificar rápidamente los sistemas de vigilancia integral para el seguimiento e investigación de la infección de trabajadores sanitarios.
- Garantizar la protección económica y la compensación de las enfermeras(os).
- Proporcionar una respuesta eficaz en materia de registro y regulación al aumentar rápidamente el personal de enfermería.
- Garantizar un despliegue seguro y eficaz del personal de enfermería en áreas de demanda y complejidad elevadas.
- Alentar, desarrollar y sostener nuevos modelos de cuidados e innovación.
- Demostrar apoyo público y reconocer el valor de las enfermeras(os) para la sociedad.
- Sacarle partido al liderazgo de la enfermería, haciéndolas participes de las mesas sociales de trabajo.

- Desarrollar e implementar una estrategia de salud pública integral y coordinada contra el COVID-19 con la colaboración activa de las enfermeras(os).
- Aprender de la pandemia de COVID-19 al objeto de estar preparados para el futuro.

Muchas enfermeras(os) han muerto a nivel mundial. OMS ha declarado que al menos un 10% de los infectados por Covid son trabajadores de salud. No somos ni héroes, ni ángeles, nos hemos sacrificado, porque somos profesionales que amamos nuestra profesión y el rol que cumplimos con las personas, familias y comunidades. El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ha señalado el 17 de septiembre de 2020, con motivo del día de la seguridad del paciente, que “Ningún país, hospital o clínica puede mantener seguros a sus pacientes a menos que mantenga seguros a sus trabajadores de salud (8). La Carta de seguridad de los trabajadores de la salud de la OMS es un paso para garantizar que los trabajadores de la salud tengan las condiciones de trabajo seguras, la capacitación, el salario y el respeto que merecen. En este sentido se ha pedido a los gobiernos y a quienes gestionan los servicios de salud a nivel local que tomen cinco medidas para proteger mejor a los trabajadores de la salud. Estos incluyen medidas para proteger a los trabajadores de la salud de la violencia; para mejorar su salud mental; protegerlos de peligros físicos y biológicos; promover programas nacionales para la seguridad de los trabajadores sanitarios y conectar las políticas de seguridad de los trabajadores sanitarios con las políticas de seguridad del paciente existentes (9).

En base a lo anterior y a la campaña Nursing Now, surgen muchos desafíos desde los lineamientos del ICN para la enfermería chilena 2020, tales como (10,11):

- Mayor inversión en educación, desarrollo profesional, regulación y condiciones de empleo de las enfermeras/os. Promover la enfermería avanzada, especialmente en la atención primaria, para resolver problemas de salud cada vez más complejos y generar evidencia para los responsables de las políticas y decisiones sobre donde la enfermería puede tener el mayor impacto. Esto implica registro y regulación de la práctica y de la formación, contar con procesos de certificación de la profesión mediante un examen nacional y lograr la prescripción de medicamentos posterior a proceso de capacitación continua. Lo anterior lleva amarrado el diagnóstico de las carencias en formación práctica, la falta de profesorado con postgrados, así como limitación de infraestructuras y falta de lugares de prácticas.
- Eliminar el déficit de enfermería, para eso se deben tener datos reales del déficit. A nivel mundial se ha proyectado un déficit de 9 millones de enfermeras para el 2030, se espera a nivel mundial que una de cada 6 enfermeras jubile en los próximos 10 años, por lo que se debe invertir en enfermería, mejorando las opciones de obtener empleo y retenerlo en el sistema de salud, con puestos de trabajo dignos, con protección económica y compensación para las enfermeras/os. Se debe asegurar entonces mejores condiciones laborales con un ambiente laboral seguro, respeto, sueldo adecuado, valor y reconocimiento. Hay que asegurar además que las cargas de trabajo sean acordes a sus responsabilidades; y promover organizaciones de salud que aprenden a seguir mejorando continuamente.
- Promover una mayor influencia de las enfermeras en las políticas de salud, mediante

la existencia de un Director(a) de enfermería o Jefa de enfermería de gobierno como parte del equipo directivo más importante en materia de salud. Cabe destacar que un 75% de los países, ya ha logrado esta posición. Esto impacta en la consecuente creaciones de planes nacionales de enfermería, políticas de dotación de enfermeras, e incluso de ser necesario podría requerirse una ley enfermera que regule la profesión, en cuanto a condiciones y horas de trabajo, protección, salario mínimo, funciones de avanzada, entre otras y constituya una manera de garantizar la salud de la población.

- Más enfermeras en posición de liderazgo, y promoción del liderazgo de los menores de 35 años, mediante la capacitación y apoyo de CIE en este aspecto. Establecimiento de una red de liderazgo en enfermería y red mundial de investigación.

- Alentar, desarrollar y sostener nuevos modelos de cuidados e innovación, con cuidado centrado en la persona, que tengan como brújula la humanización y compasión, modelos salutogénico, con enfoque preventivo promocional. Innovadoras modalidades de trabajo que incorporen la tecnología en el sector sanitario de manera segura, con estándares internacionales, con políticas claras y procesos de organización en materia de eventos adversos relacionados con la tecnológica.

- Demostrar apoyo público y reconocer el valor de las enfermeras/os en la sociedad, elevando el perfil e imagen profesional, tratar los temas de género y desigualdades.

- Otro desafío se relaciona con el costo de la atención y búsqueda de valor, dado el rol de gestión las profesionales de enfermería que

permite crear cadenas de suministros sólidas y velar por el uso sostenibles de los recursos de salud.

- Promover el trabajo interdisciplinario, la formación interprofesional y colaborativa, teniendo alianzas fuera y dentro del sector sanitario. No se puede olvidar la migración, la movilidad y el cambio climático, como factores que siguen siendo un desafío que enfrenta la enfermería.

- Finalmente, un gran desafío es la unión de las asociaciones nacionales de enfermería con solidaridad y cohesión, para “Trabajar juntos”, lema del CIE 2017-2021, facilitando el contar con organismos internacionales que trabajen junto en colaboración regional e internacional.

Sin duda alguna el Gobierno de Chile debe invertir en las enfermeras(os), en su formación, y optimizar las contribuciones de las enfermeras a las políticas sanitarias y a la prestación de servicios de salud más seguros y de calidad; las enfermeras(os) tenemos hoy una gran oportunidad de dar un paso firme, con evidencia científica, que permita llevar al mundo hacia la salud.

› Referencias bibliográficas

1. International Council of Nurses (ICN). Quiénes somos [internet]. ICN; 2020 [Actualizado 2020; acceso jun 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/quienes-somos#main-content>
2. International Council of Nurses (ICN). Nursing Now [internet]. ICN; 2019 [Actualizado 2020; acceso jun 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/que-hacemos/campanas/nursing-now>
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe especial COVID-19. El

desafío social en tiempos del COVID-19 [internet]. CEPAL; 2020 [Actualizado 12 may 2020; acceso jun 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf

4. All-Party Parliamentary Group on Global Health (APPG). Triple Impact. How developing nursing will improve health, promote gender equality, and support economic growth. [internet]. APPG; 2016 [Actualizado 17 oct 2016; acceso jun 2020]. Disponible en: https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf

5. International Council of Nurses (ICN). Actualización del CIE sobre COVID 19: hay que minimizar los riesgos laborales de las enfermeras para que puedan seguir realizando su labor vital. [internet]. ICN; 2020 [Actualizado 30 mar 2020; acceso jun 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/actualizacion-del-cie-sobre-la-covid-19-hay-que-minimizar-los-riesgos-laborales-de-las>

6. International Council of Nurses (ICN). Position Statement. Mental Health. [internet]. ICN; 2020 [Actualizado 2020; acceso jun 2020]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_A_Mental%20Health_1.pdf

7. International Council of Nurses (ICN). Llamamiento del CIE a la acción. [internet]. ICN; 2020 [Actualizado 2020; acceso jun 2020]. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20briefing_COVID19_Top_priorities_SP.pdf

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. [internet]. OMS; 2020 [Actualizado 17 sep 2020; acceso sep 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers->

[safe-to-keep-patients-safe-who](https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who)

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. [internet]. OMS; 2020 [Actualizado 7 abr 2020; acceso sep 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>

10. Affara FA, Afuha'amango A, Al Darazi F, Aiken LH, Betker C, Buchan J, et al. Enfermería: Una voz para Liderar. Llevando al Mundo hacia la Salud. Ginebra (Suiza): Consejo Internacional de Enfermeras; 2020. 64p.

11. Stewart D, Burton E, White J, Salmon M, McClelland A. Enfermeras salud para todos enfermería, salud global y cobertura sanitaria universal día internacional de la enfermera. recursos y evidencias. Ginebra (Suiza): Consejo Internacional de Enfermeras; 2019. 60p.

Actitudes de estudiantes de enfermería respecto al consumo de alcohol

Autores:

Luz Patricia Díaz Heredia. Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada Facultad de enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. E-Mail: lpdiazh@unal.edu.co

Luis Fernando Penagos Cubillos. Enfermero, Magíster en epidemiología, Universidad Nacional de Colombia. E-Mail: lfpenagosc@unal.edu.co

Angie Mabel Castañeda Casadas. Enfermera, Especialista en Epidemiología. Universidad Nacional de Colombia, E-Mail: angmcas-tanedacas@unal.edu.co

Leidy Verónica Rodríguez Silva. Enfermera, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Nacional de Colombia. E-Mail: lvrodriguez@unal.edu.co

Cristian Ernesto Zambrano Amado. Enfermero, Universidad Nacional de Colombia. E-Mail: cezambranoa@unal.edu.co

Fecha de Recepción: 17.07.2020

Fecha Aceptación: 15.10.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2718>.

› Resumen

Introducción. En el año 2016, 3 millones de personas murieron en el mundo por el consumo nocivo de alcohol, siendo uno de los cuatro factores de riesgo modificables para desarrollar enfermedades no transmisibles. La identificación de las actitudes de los enfermeros frente a las bebidas alcohólicas puede predecir el nivel de impacto que tendrán los cuidados brindados al paciente. El Objetivo del estudio fue describir las actitudes de estudiantes de último año de enfermería, sobre el alcohol, el alcoholismo y las personas con alcoholismo en una universidad de Bogotá. **Material y Método.** Estudio descriptivo transversal. Muestra censal de 100 estudiantes de una universidad pública de la ciudad de Bogotá. Instrumento utilizado: Escala de Actitudes frente al Alcohol, al Alcoholismo y al Alcohólico - EAFAA, y un cuestionario de caracterización sociodemográfica y académica. Utilización del programa Microsoft Excel. Se contó con el aval del Comité de Ética de la institución. **Resultados.** 91% de los participantes del estudio presentan actitudes positivas. Actitudes negativas se registraron al considerar la etiología del alcoholismo como causada por la persona. Los estudiantes con formación presentaron actitudes más positivas (3,38). **Conclusiones.** Las actitudes positivas pueden desencadenar una mejor atención en el cuidado ofrecido por la población en estudio. La formación sobre el alcoholismo es fundamental para mejorar las actitudes de los enfermeros en esta área.

› **Palabras claves:** Actitud, Atención de Enfermería, Salud Mental, Bebidas Alcohólicas (DeCS, BIREME).

Attitudes of nursing students about alcohol consuming

› Abstract

Introduction. In 2016, 3 million people died worldwide from the harmful consumption of alcohol, being one of the four modifiable risk factors for developing non-communicable diseases. The identification of nurses' attitudes towards alcoholic beverages can predict the level of impact that the care provided to the patient will have. The objective was to describe the attitudes of last year nursing students about alcohol, alcoholism and people with alcoholism at a university in Bogotá. **Material and Method.** Cross-sectional descriptive study. Census sampling of 100 students from a public university in the city of Bogotá. Instrument used: Attitudes Scale against o Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista - EAFAA, and a questionnaire of socio-demographic and academic characterization. Using the Microsoft Excel program. The institution's Ethics Committee endorsed it. **Results.** 91% of the study participants show positive attitudes. Negative attitudes were registered when considering the etiology of alcoholism as caused by the person. The students with training presented more positive attitudes (3,38). **Conclusions.** Positive attitudes can trigger better attention in the care offered by the study population. Alcoholism training is essential to improve nurses' attitudes in this area.

› **Keywords:** Attitude, Nursing Care, Mental Health, Alcoholic Beverages (MeSH, NLM).

› Introducción

El consumo de alcohol es una de las grandes problemáticas que enfrenta actualmente el mundo, esto se ve reflejado en los índices de mortalidad mundial reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018, señalando que anualmente 3 millones de personas mueren como consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa el 5,3% de las muertes en el mundo (1).

Tomando los resultados del “Estudio Nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas en Colombia” del año 2013, un porcentaje importante de los encuestados declaró que en algún momento de su vida había consumido alcohol (87%), de estos 58,78% en el último año y 35,8% en el último mes; esto es equivalente a 8,3 millones de habitantes. De los consumidores, 2,5 millones de personas presentaron un uso nocivo de alcohol, siendo hombres 1,9 millones y mujeres 0,6 millones (2), estas altas cifras de consumo han ido promoviendo la comorbilidad con un grupo de enfermedades reconocidas por su gran impacto en la calidad de vida y que son generadas por el abuso del consumo de esta sustancia (3).

La identificación de las actitudes del personal de salud, en especial de los enfermeros profesionales frente al consumo de bebidas alcohólicas es un asunto muy importante, pues existen múltiples evidencias de su impacto en los cuidados que se practican al paciente y el nivel de calidad de ellos (4-20). Así también es de gran importancia reconocer cómo son las actitudes en los estudiantes de enfermería, teniendo en cuenta que la cultura, las experiencias previas, las limitaciones institucionales y la formación académica pueden influenciar de manera importante en esta variable (7,10,21-23).

Además, considerando la teoría de consistencia afectivo-cognitiva de Rosenberg, la cual señala que se puede predecir el comportamiento de las personas a partir de sus actitudes (25), lo que aplicado al trabajo de enfermería quiere decir, una actitud positiva hace referencia a comportamientos o acciones que influyan en prestar una mejor atención en el cuidado de las personas, por su parte, una actitud negativa no promueve este tipo de atención. Por esta razón se deben evaluar las creencias y las actitudes propias respecto a la persona que usan bebidas alcohólicas (4,8,10,18,26).

Por otra parte, algunas investigaciones fueron realizadas para la construcción y validación del instrumento que se utilizó en el presente estudio. Inicialmente investigadoras brasileñas, crearon y validaron en el año 2008, un instrumento que mide las actitudes frente al alcohol, el alcoholismo y los pacientes con trastornos relacionados con el uso de alcohol, a partir de una entrevista semiestructurada a 30 enfermeros que incluía 3 preguntas: 1) ¿Cuál es su opinión sobre las bebidas alcohólicas? 2) ¿Qué piensa sobre las personas que consumen bebidas alcohólicas? Y 3) ¿cómo es lidiar en el trabajo con estos pacientes? Realizaron la validación aparente y de contenido que generó la Escala de actitudes frente al alcohol, el alcoholismo y el alcohólico (EAFAAA) de 165 ítems divididos en 5 dimensiones, que después de haber sido aplicada en estudiantes de enfermería, se redujo a 96 ítems, concluyendo que era confiable para evaluar las variables estudiadas (17).

Posteriormente, en el año 2012, se aplicó una segunda versión del EAFAAA el cual contiene 84 ítems; en esta investigación se analizó la relación entre la actitud de los estudiantes y sus características sociodemográficas, donde encontró que las actitudes son predominantemente positivas

en mujeres, de menor edad y que tienen mayor número de horas de formación sobre alcoholismo durante su pregrado, concluyendo que es importante que el plan de estudios de enfermería tenga más contenidos sobre el tema para mejorar las actitudes de los futuros profesionales que brindan atención a estas personas (4).

Por último, en el 2015 se realizó una adaptación cultural para América Latina y validación al español de la EAFAAA, la investigación reportó que a nivel latinoamericano el alcoholismo es 40% mayor que a nivel mundial y a pesar de su magnitud no se han desarrollado estudios suficientes sobre las actitudes de los profesionales de la salud frente a esta problemática, principalmente debido a una carencia de instrumentos en idioma español que puedan medirlo efectivamente. Así, esta investigación aportó una escala adaptada al idioma español en la cultura colombiana, con validez de contenido de 0,97, índice kappa de 0,80 (11) y un índice de correlación de interclases de 0,92(27).

Considerando todo lo planteado, y debido al escaso esclarecimiento sobre las actitudes de los estudiantes de enfermería en Colombia, esta investigación tuvo por objetivo describir las actitudes sobre el alcohol, el alcoholismo y las personas con trastornos relacionados al uso de alcohol (o personas con alcoholismo) entre los estudiantes de enfermería en una universidad pública de Bogotá, Colombia.

› **Material y Método**

Se trata de la primera etapa de un proyecto multicéntrico que se desarrolló entre 2016 y 2019, esta etapa tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal.

La población corresponde a los estudiantes de

último año de enfermería de una universidad de Bogotá, en 2017. De un total de 135 estudiantes, 100 aceptaron participar en el estudio y constituyen la muestra. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta: ser estudiante activo de la Facultad de Enfermería, ser mayor de 18 años y haber cursado mínimo 6 asignaturas práctico-teóricas.

Se Aplicó la EAFAA versión español para América Latina, la que está compuesta por 49 ítems distribuidos en 4 dimensiones: 1) El trabajo y las relaciones interpersonales con pacientes con trastornos relacionados al uso de alcohol, se refiere a la percepción, opiniones, sentimientos y actitudes relativas a brindar cuidado en salud a pacientes con trastornos relacionados al uso de alcohol. 2) La persona con trastornos relacionados al uso de alcohol, que implica concepciones, percepciones, actitudes y opiniones referentes al paciente con trastornos relacionados al uso de alcohol. 3) El alcoholismo (etiología), contiene ítems relativos a las percepciones sobre las motivaciones y causas para el uso de alcohol y el alcoholismo basándose en la explicación bio-psicosocial para los trastornos relacionados al uso de alcohol, abarcando factores psíquicos, sociales, biológicos y morales. Y 4) Las bebidas alcohólicas y su uso, reúne opiniones y actitudes relativas a las bebidas alcohólicas y el derecho de las personas a beber (11,12). Estas dimensiones evalúan específicamente las actitudes de los estudiantes con relación al alcohol, el alcoholismo y las personas con alcoholismo. Se solicitó la autorización para utilizar el instrumento al autor que realizó la adaptación cultural al español.

Todos los ítems son respondidos por medio de una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1=Totalmente en desacuerdo, hasta 5=Totalmente de acuerdo). Los puntajes obtenidos permiten establecer que si el promedio es $\geq 3,2$ la actitud

es positiva o si es $<3,2$ es negativa (11). De manera conjunta aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y académicas, creado para el estudio. Los instrumentos fueron entregados en sobres cerrados a los participantes, una vez aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado el cual se separaba del cuestionario a fin de no ser identificadas las respuestas de cada uno, garantizando la privacidad de los sujetos.

Una vez recolectados los cuestionarios, fue creada una base de datos en el programa Microsoft Excel® para Windows, a través del cual se procedió al análisis estadístico descriptivo de los datos utilizando tablas de frecuencia, valores de media aritmética, desviación estándar, entre otros.

Este estudio tuvo el aval del Comité de Ética de la institución donde fue realizado, por medio del acta 16 en sesión del 24 de octubre de 2016. Con base al artículo 11 de la resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, esta investigación se clasificó en la categoría

sin riesgo (28). No obstante, a pesar de que no se realizaron intervenciones, se estima la existencia de un riesgo mínimo considerando que los estudiantes universitarios son una población vulnerable por estar institucionalizada.

› Resultados

En relación con las características sociodemográficas y académicas de los participantes, se observa un predominio de personas de sexo femenino (67%), entre 21 y 24 años (78%), solteros (91%).

El 70% de los estudiantes refirieron haber tenido formación académica en la atención de personas con alcoholismo, y el 75% señaló haber tenido experiencia práctica en ese tipo de atención. El 85% respondió que el alcoholismo es una enfermedad.

Se pudo evidenciar que 91% de los participantes del estudio presentan actitudes positivas, y el restante actitudes negativas de acuerdo a la definición dada por el instrumento.

TABLA 1. PUNTAJES POR DIMENSIÓN DE LA EAFAA EN LOS ESTUDIANTES. BOGOTÁ, 2016

	Dimensión	Mín	Máx	Media	DE
1	El trabajo y las relaciones interpersonales con pacientes con trastornos relacionados al uso de alcohol	1	5	3,63	0,545
2	La persona con trastornos relacionados al uso de alcohol	1	5	3,58	0,596
3	El alcoholismo (etiología)	1	5	2,835	0,2897
4	Las bebidas alcohólicas y su uso	1	5	3,39	0,477

Como muestra la tabla 1, las respuestas obtenidas en las dimensiones de la EAFAA, es importante resaltar que la única dimensión con una media menor a 3,2 (actitud negativa) es la tercera: “El alcoholismo (etiología)”, lo cual refleja una concepción etiológica de las motivaciones y causas biopsicosociales y morales del alcoholismo por parte de los estudiantes, también es la dimensión más

homogénea en sus respuestas (DE=0,2897) comparado con las otras dimensiones. La dimensión que resultó ser menos homogénea en sus respuestas fue la segunda: “La persona con trastornos relacionados al uso de alcohol” (DE=0,596), reflejando que los estudiantes tienen concepciones, percepciones y opiniones diferentes hacia la persona con alcoholismo.

TABLA 2. PUNTAJE PROMEDIO DE LAS ACTITUDES SEGÚN SEXO Y EDAD

Sexo	Media Total	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
Mujeres	3,35	3,63	3,63	2,82	3,32
Hombres	3,38	3,64	3,48	2,87	3,54
Edad	Media Total	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
21 - 22	3,31	3,56	3,56	2,77	3,34
23 - 24	3,34	3,69	3,43	2,90	3,34
25 y más	3,45	3,66	3,70	2,88	3,57

Según se muestra en la tabla 2, las mujeres presentaron un promedio total de actitud de 3,35; levemente menor a la de los hombres (3,38). No obstante, cuando se estratifica por dimensiones se encuentra una mayor diferencia entre la segunda y la cuarta dimensión (ver tabla 2). En la segunda dimensión, “La persona con trastorno relacionado al uso de alcohol”, las mujeres presentan una actitud más positiva (3,63) que los hombres (3,48), lo cual describe que las mujeres tienen concepciones, percepciones y opiniones hacia la persona

con alcoholismo con mayor fundamento científico; y en la cuarta dimensión: “el alcohol y su uso”, son los hombres los que presentan una actitud más positiva (3,54) que las mujeres (3,32), reflejando que los hombres aceptan en mayor medida el derecho de las personas de beber.

El grupo de edad que presentó una actitud menos positiva (3,31) fue el grupo entre 21 y 22 años (44%); y los participantes de 25 y más años (22%) presentaron las actitudes más positivas (3,45).

TABLA 3. PUNTAJE PROMEDIO DE LAS ACTITUDES SEGÚN EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ALCOHOLISMO

Experiencia	Media Total	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
SI (75%)	3,36	3,59	3,6	2,82	3,41
NO (25%)	3,37	3,73	3,51	2,88	3,35

En relación con la experiencia en la atención a personas con consumo abusivo de alcohol, la tabla 3 muestra que el 75% de los participantes refirieron haber tenido una experiencia práctica con este grupo de personas, al analizarlo por dimensiones, se encuentra una mayor diferencia en la primera dimensión: “El trabajo y las relaciones interpersonales con personas con trastornos rela-

cionados al uso de alcohol”, donde aquellos que han tenido experiencia, tienen una actitud menos positiva (3,59) que los que no la han tenido (3,73), evidenciando que los estudiantes con esta experiencia pueden presentar percepciones, opiniones y sentimientos relativos a brindar cuidado en salud a los pacientes con trastornos relacionados al uso de alcohol con menos eficacia.

TABLA 4. PUNTAJE PROMEDIO DE LAS ACTITUDES SEGÚN FORMACIÓN Y NÚMERO DE HORAS DE EDUCACIÓN RECIBIDAS POR LOS ESTUDIANTES

Formación	Media Total	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
		con alcoholismo	al uso de alcohol	(Etiología)	su uso
SI (70%)	3,38	3,67	3,64	2,83	3,37
NO (30%)	3,31	3,53	3,44	2,84	3,45
Carga Horaria	Media Total	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
1 a 5 horas	3,41	3,74	3,73	2,78	3,38
6 a 10 horas	3,38	3,64	3,62	2,85	3,41
11 a 15 horas	3,12	3,41	2,95	2,83	3,52
16 a 20 horas	3,46	3,96	3,72	2,62	3,53
> a 21 horas	3,33	3,53	3,65	2,99	3,17

Respecto a la formación, la tabla 3 indica que se encontró que un 70% respondió afirmativamente, obteniendo un promedio total de 3,38 y siendo más positiva que aquellos que no han recibido preparación (3,31). En la segunda dimensión: “La persona con trastornos relacionados al uso de alcohol” se observa que los estudiantes que han recibido formación tienen una actitud más positiva que quienes no la han recibido.

Se identifica también que la mayoría de los participantes ha tenido una carga horaria de 1 a 5 horas de formación y evidencian un promedio de 3,41 en las actitudes, es decir una actitud positiva, sin embargo, los estudiantes que indicaron tener una carga horaria mayor (16 a 20 horas) tienen un promedio de 3,46, lo que indica una actitud más positiva en la atención a las personas que consumen alcohol.

Se encuentra que del total de participantes, el 85% afirma que el alcoholismo es una enfermedad, y sus respuestas presentaron un promedio total de actitud de 3,34; y el 15% restante respondieron negativamente, con un promedio de 3,45, lo que indica que poseen actitudes más positivas que los que lo consideran una enfermedad. Cuando se analiza por categoría, se encuentra mayor diferencia en la segunda dimensión: “La persona

con trastorno relacionado al uso de alcohol” y en la cuarta: “El alcohol y su uso”, donde las actitudes son más positivas en aquellos estudiantes que indican que el alcoholismo no es una enfermedad, pues al tener esta perspectiva, sus concepciones, percepciones y opiniones hacia la persona con alcoholismo pueden ser más positivas y pueden aceptar en mayor medida el derecho que tienen las personas de consumir bebidas alcohólicas.

› Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que el 91% de los participantes del estudio presentan actitudes positivas. Este resultado general discrepa de lo encontrado por investigadores en Brasil en el año 2013, donde hallaron actitudes en su mayoría negativas asociadas a deficiencias en la formación académica en la atención con personas con alcoholismo (18). Asimismo, se encontraron dos estudios desarrollados en México con predominio de actitudes negativas en los estudiantes de enfermería (5,6). Las diferencias encontradas pueden estar asociadas a un aspecto cultural. Según un estudio hecho en Canadá que exploró las normas culturales, las creencias, los patrones de consumo de alcohol y las percepciones sobre el daño asociado, para desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas

en siete comunidades de Ontario, se encontró que las desventajas socioeconómicas asociadas con la vulnerabilidad a los problemas de uso de sustancias (pobreza, la escasa alfabetización, el bajo nivel de educación, las limitadas oportunidades de empleo, el racismo, la discriminación y las barreras a la utilización de servicios) afectan el patrón de consumo de bebidas alcohólicas y con ello, las creencias y actitudes sobre el mismo (21).

En relación con la formación recibida por los estudiantes, se encontró que aquellos que recibieron formación en el área, tuvieron una actitud más positiva que aquellos que no han recibido ningún tipo de formación, por tanto, este aspecto concuerda con el estudio mencionado de Brasil donde se describe que los estudiantes que han recibido formación para trabajar con personas con alcoholismo presentan una actitud más positiva que aquellos que no (18). Así mismo, en Colombia en el año 2005, desarrollaron una investigación donde se encontró que los estudiantes que contaban con una adecuada formación en el área de alcohol por parte de la universidad, presentaban actitudes positivas (23), lo que concuerda con la presente investigación ya que las actitudes encontradas fueron positivas mayoritariamente.

En segunda instancia, se encontró que entre mayor es la formación recibida y los estudiantes mostraron una actitud más positiva, por tanto, se puede atribuir las actitudes positivas presentadas (Media $\geq 3,2$) a una formación posiblemente efectiva brindada a lo largo de la carrera de los estudiantes de enfermería, reafirmando esta proposición con lo encontrado en otros estudiantes colombianos donde se concluyó que la formación es fundamental para brindar atención a las personas con problemas de alcoholismo (23) y en Brasil donde investigadores encontraron que debido a la poca carga horaria y formación en el área, los

estudiantes presentaron actitudes negativas (18).

Asimismo, los estudiantes que no han tenido experiencia práctica con personas con alcoholismo presentan una actitud más positiva en la primera dimensión: “El trabajo y las relaciones interpersonales con trastornos relacionados al uso de alcohol”, lo cual difiere con lo encontrado en un estudio realizado en Chile donde se encontró que en un primer encuentro el profesional de enfermería siente rechazo y miedo hacia la persona con alcoholismo, debido a que conlleva mayor carga laboral o porque cree que puede ser una persona agresiva (29), lo que indica una actitud menos positiva cuando aún no ha tenido contacto. Sin embargo, en un segundo encuentro el profesional trata de colocarse en el lugar de la persona y la familia, conectarse, e intentar comprender esta vivencia brindando apoyo emocional, aclarando dudas y calmando la angustia, es decir, una actitud más positiva una vez tenido el contacto.

Por otro lado, específicamente en la segunda dimensión: “La persona con trastorno relacionado al uso de alcohol”, las personas que ya tuvieron experiencia en la atención de estas personas presentaron una actitud más positiva, lo que concuerda con lo encontrado en el mismo estudio chileno (29), siendo así, que el 75% de la población estudiada ha tenido experiencia práctica con este tipo de pacientes, probablemente ellos vivenciaron estas situaciones y se encuentren en el segundo momento de calma, comprensión y adaptación del cuidado donde ya ha pasado el momento de miedo y angustia con la persona con alcoholismo. Y el 25% restante que no ha tenido contacto con personas con trastornos relacionados al uso de alcohol, basados en su formación pueden imaginarse una relación de cuidado, sin embargo, al no tener un primer acercamiento, no han vivido el encuentro primario de miedo y angustia, presen-

tando una actitud más positiva.

Frente a la tercera dimensión: “El alcoholismo (etiología)”, donde se encontraron actitudes negativas por parte de los estudiantes en el presente estudio, puede estar generado por prejuicios sobre la causa del estado del paciente, ya que muchas patologías y estados propios de la persona pueden ser factores de riesgo para presentar alcoholismo, pero no necesariamente una causa directa, esto es confirmado por un estudio cualitativo realizado en Chile, donde encontraron que con frecuencia los trabajadores de la salud estigmatizan a la persona que consumen alcohol (29).

Las mujeres participantes de este estudio presentaron una actitud total promedio de 3,35; actitud levemente menos positiva que la de los hombres (3,38), lo que concuerda con lo encontrado en estudiantes de enfermería en Brasil (4).

Por último, se encontró que los participantes que afirmaron que el alcoholismo es una enfermedad (85%) presentaron una actitud promedio de 3,34, menos positiva que aquellos que respondieron que no (3,45). Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en estudiantes de enfermería mexicanos, donde se identificó que los enfermeros son formados con una visión del alcoholismo como enfermedad y sus acciones serán encaminadas al tratamiento, disminuyendo la posibilidad de abordarla desde la prevención y detección temprana (20); así mismo, investigadores brasileños relatan en su estudio que los enfermeros tienen la concepción del “alcohólico” como una persona con una enfermedad merecedora de cuidado como cualquier otro enfermo, sin embargo, los consideran responsables de su enfermedad, por tanto, son predominantes las actitudes negativas a la hora de brindar cuidado, tomando como eje central de su actuar, el suplir principalmente las necesidades físicas (15).

En Colombia se cuenta con la ley que regulan la profesión y que determina en su articulado que el profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aportando al trabajo sectorial e intersectorial con sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud. A partir de esto, se establece la formación universitaria como un elemento fundamental para brindar cuidado de calidad en diferentes ámbitos a las personas y colectivos, además este ejercicio de la profesión debe comprender las particularidades de cada población y el contexto social donde vive (31).

› Conclusiones

Los futuros profesionales de enfermería presentaron en su mayoría actitudes positivas hacia las personas con trastornos del consumo de alcohol, aspecto central en la forma en que a futuro atenderán y ofrecerán el cuidado a este grupo de población.

Debido a la correspondencia entre las actitudes, la formación y la carga horaria, se destaca la importancia de la inclusión de esta temática en la formación de pregrado o en educación continua para los profesionales, destacando la importancia de continuar realizando investigaciones en esta temática para confirmar estos resultados teniendo en cuenta que las actitudes son predictores relevantes del comportamiento, mediante estudios que utilicen estadística inferencial y puedan plantear hipótesis a probar.

Las limitaciones giraron alrededor de la baja dis-

ponibilidad de los estudiantes por compromisos académicos y personales, se utilizaron diferentes estrategias para la recolección de los datos, adicionalmente por el carácter descriptivo del estudio únicamente se presenta los hallazgos del instrumento de acuerdo a la categoría, no se establecen relaciones estadísticas entre variables y tampoco se utilizan medidas de asociación.

Por último, esta investigación establece las bases para realizar estudios en otras universidades del país buscando una comparación donde se pueda relacionar el nivel de formación en el área en los estudiantes de enfermería y las actitudes de éstos frente al alcohol, el alcoholismo y las personas con trastornos relacionados al uso de alcohol y plantear posibles intervenciones que permitan mejorar las actitudes de los profesionales que prestan atención a estas personas.

► Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global status report on alcohol and health, 2018. OMS. [Internet] 2018 [citado 16 Jul 2019] Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/
2. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, Informe Final. [Internet]. 2013 [citado 09 Sep 2017]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf.
3. Sociedad Científica Española de estudios sobre el alcohol el alcoholismo y otras otras toxicomanías. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. España. Editorial Saned SL. 2013. 380 p.
4. Vargas D. Nursing students' attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics: a study of a brazilian sample. J Nurs Educ Pract [Internet]. 2012 [citado 09 Sep 2017]; 2(1). Disponible en: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/296/319>
5. Suárez GD, Álvarez AA, Sánchez PM. Actitudes del estudiante frente a la etiología del consumo de alcohol. Jóvenes en la ciencia. [Internet]. 2017 [citado 02 Jun 2018]; 3(2): 237-42. Disponible en: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1711>
6. Telumbre JY, Esparza SE, Alonso BA, Alonso MTJ. Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. Invest Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2017 [citado 09 Sep 2017]; 19(2): 69-81. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/14611/14765>
7. Sánchez-Solis SA, San Jorge X. Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. Enferm univ. 2017; 14(1): 19-27.
8. Crisóstomo YM, Armendáriz NA, Alonso MTJ, Martínez R. Conocimientos y creencias sobre el cuidado al usuario de alcohol por estudiantes de enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2016 [citado 08 Sep 2017]; 7(2): 1255-61.
9. Medina IA, Méndez KS, Medina JA, Cervera ME, Muñoz A, Coronado G. Creencias y conocimientos de estudiantes de Coahuila hacia el cuidado del consumidor de drogas ilícitas. Cuidarte [Internet]. 2017 [citado 02 Abr 2018]; 6(12): 6-15. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69126/61921>
10. Iqbal N, McCambridge O, Edgar L, Young C, Shorter GW. Health-care professionals' attitudes across different hospital departments regarding

- alcohol-related presentations. *Drug Alcohol Rev.* 2015; 34(5): 487-94.
11. León RE, Vargas D. Adaptação cultural e validação da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista - EAFAA versão espanhol para América Latina [Tesis de Maestría]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
 12. León RE, Vargas D, Díaz LP, Sepúlveda A. Spanish version of the scale of attitudes toward alcohol, alcoholism and alcoholics: content validation. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(2): 342-8.
 13. López JA, Hernández D, Molina J, Fernández JM, Castaño AI, Sanz E, et al. Percepción, conocimientos y actitudes de las enfermeras de urgencias y salud mental frente al alcoholismo y otras drogodependencias. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 09 Sep 2017]; 17(2): 22-31. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80555/>
 14. Pillon SC, Ramos R. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J.* 2005; 123(4): 175-80.
 15. Vargas D, Oliveira MA, Villar MA. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta paul enferm.* 2010; 23(1): 73-9.
 16. Vargas D, Labate RC. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2005 [citado 09 Sep 2017]; 26(2): 252-60. Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaDeEnfermagem/article/view/4577/2511>.
 17. Vargas D, Villar MA. Construcción y validez de una escala de actitudes frente al alcohol, al alcoholismo y al alcohólico. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [citado 09 Sep 2017]; 16(5): 895-902. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_16.pdf
 18. Vargas D, Bittencourt MN. Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de enfermagem. *Rev bras enferm.* 2013; 66(1): 84-9.
 19. Mota F, Vargas D, Ferreira MA, Bittencourt MN. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. *Rev esc enferm USP.* 2013; 47(3): 671-7.
 20. Martín del Campo AS, Álvarez A, Hernández VM. Actitudes de estudiantes de enfermería frente al alcoholismo. *Rev Jóvenes en la ciencia* [Internet]. 2017 [citado 02 Abr 2018]; 3(2): 159-63. Disponible en: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1694/12001>
 21. Agic B, Mann RE, Kobus-Matthews M. Alcohol use in seven ethnic communities in Ontario: A qualitative investigation. *Drugs: Education, Prevention and Policy* [Internet]. 2011 [citado 08 Sep 2017]; 18(2): 116-23. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09687630903514909>
 22. Martins LM, Kauchajke LA, Haas VJ. Análise das atitudes de profissionais da Atenção Primária a Saúde frente a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2016 [citado 08 Sep 2017]; 12(2):84. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/120768/156007>
 23. Vásquez E, Pillon SC. La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [citado 09 Sep 2017]; 13(spe): 845-53. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea12.pdf>
 24. Oliveira ML, Dos Santos AM, Pimenta AM. Análise descritiva sobre o conhecimento de

acadêmicos de enfermagem sobre o alcoolismo. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2017 [citado 2 Jun 2018]; 11(2): 498-505. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11967>

25. Sánchez MA, Ramos GE, Marset CP. La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. Ediciones de la Universidad de Murcia. Murcia, España: Universidad de Murcia; 1994. 166p.

26. López N. Creencias y actitudes de los estudiantes de enfermería ante el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol [Tesis de Maestría]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.

27. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1997; 33(1): 159-74.

28. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio; 1993 [citado 09 Sep 2017]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843571/>

29. Bettancourt L, Ventura CA. Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(6): 1381-8.

30. Vargas D. Validação de construto da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. Rev psiquiatr clín. 2014; 41(4): 106-11.

31. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Bogotá; 1996 [citado 23 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.>

mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

Acceso y conocimiento de inmigrantes haitianos sobre la atención primaria de salud chilena

Autores:

Carolina Luengo Martínez. Enfermera, Doctora en Enfermería, Universidad Adventista de Chile-Universidad del Bio-Bio, Chillán, Chile. E-mail: cluengo@ubiobio.cl

Berenice Dámaris Acuña Pino. Estudiante de enfermería, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. E-mail: berenicedamaris@outlook.es. <https://orcid.org/0000-0001-9433-4738>

Alexandra Francisca Baltra García. Estudiante de enfermería, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. E-mail: alefran.baltra@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-6876-0968>

Vanessa Andrea Bravo Acevedo. Estudiante de enfermería, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. E-mail: vane_brace@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-0963-1592>

Daniela Rocío Cortez Silva. Estudiante de enfermería, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. Investigador de contacto, E-mail: cortezsilvad@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-7212-1299>

Ismael Antonio Morales Ojeda. Doctor en Ciencias Biomédicas, Dirección de Investigación. Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. E-mail: ismaelmoralesojeda@gmail.com <http://orcid.org/0000-0002-1752-7023>

Fecha de Recepción: 06.03.2020

Fecha Aceptación: 13.07.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2719>.

› Resumen

Objetivo: Describir el acceso y el conocimiento de la población haitiana inmigrante respecto a la atención primaria de salud chilena y realizar un perfil sociodemográfico de salud de esta población. **Material y Método.** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Realizado en una muestra de 41 inmigrantes haitianos, elegidos por conveniencia según criterios de elegibilidad. Se aplicó un cuestionario, elaborado por las autoras, validado por juicio de expertos y prueba piloto, traducido al creolé. **Resultados.** La población estudiada revela baja asistencia a centros de salud de nivel primario, un 53,7% no ha accedido a atención primaria de salud chilena en los últimos seis meses. Las principales barreras de acceso corresponden al desconocimiento de la existencia del centro de salud, falta de inscripción, imposibilidad de asistir en el horario establecido, lejanía respecto a su residencia e idioma. **Conclusión.** Existe un bajo acceso de esta población a la atención primaria de salud chilena; ya que diferentes barreras impiden una atención de calidad a los extranjeros haitianos. Estas barreras se evidencian en el desconocimiento del funcionamiento y de los servicios que ofrece el Centro de Salud Familiar. El instaurar nuevas medidas que permitan el acercamiento de la atención primaria chilena a la comunidad haitiana, favorece la salud nacional ya que esta población presenta morbilidad epidemiológica y nutricional.

› **Palabras claves:** Atención primaria de salud, emigrantes e inmigrantes, Accesibilidad a los servicios de salud, Haití (DeCS - BIREME).

Access and knowledge of the immigrant haitian population regarding the primary care of the chilean health

› Abstract

Objective. Describe the access and knowledge of the Haitian immigrant population regarding Chilean primary health care and develop a sociodemographic health profile of this population. **Material and Method.** Study quantitative, descriptive and transversal. Applied to a sample of 41 Haitian immigrants, chosen for convenience according to eligibility criteria. A questionnaire, prepared by the authors, validated by expert judgment and pilot test, translated into creolé. **Results.** The population studied reveals low attendance at a primary level health center, 53.7% have not accessed to chilean primary health care in the last six months. The main barriers to access correspond to the lack of knowledge of the existence of the health center, lack of registration, inability to attend at the established time, distance from your residence, and language. **Conclusion.** There is a low access of this population to Chilean primary health care, as different barriers preventing quality care for Haitian foreigners. These barriers are evident in the lack of knowledge of the functioning and services offered by the Family Health Center. The introduction of new measures that allow the approach of Chilean primary care to the Haitian community, favors national health since this population has epidemiological and nutritional morbidity.

› **Keywords:** Primary health care, emigrants and immigrants, accessibility to health services, Haiti (DeCS).

› Introducción

Durante los últimos años la población chilena ha experimentado una transición demográfica asociada al alto flujo de comunidades inmigrantes que ingresan al país (1).

Respecto a esto, el censo del año 2017 demostró el aumento migratorio correspondiente a 746.465 personas con respecto a 1992. Según datos de Migraciones y Policía Internacional de Chile, se registró en 2018 un aumento del 52% respecto al 2017, en cuanto a la cantidad de extranjeros que obtuvieron o renovaron residencia en Chile (1,2). En particular, respecto de la comunidad haitiana, ha estado presente en Chile desde 2006, representando un 8,4% del total de inmigrantes en el país (3).

Un gran porcentaje de la población migrante, vive en condiciones de vulnerabilidad, situación que repercute directamente sobre su salud (4). Dentro de la red asistencial chilena, la Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer eslabón de acercamiento a la población. Siendo la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, con énfasis en la promoción y prevención (5). En este sentido, Chile, considerando el aumento de inmigrantes, asegurando el "Derecho a la Salud de todas las personas que residen en el territorio nacional", asume la responsabilidad de garantizar a todos los extranjeros una atención en salud en condiciones iguales a la recibida por población nacional (6). Sin embargo, entre las barreras que impiden el acceso a salud en esta comunidad, se encuentran: la lengua originaria kreyòl ayisyen (criollo haitiano, creolé), la cultura y estilo de crianza, y los hábitos respecto a cómo es el acceso a un sistema de salud. En este sentido es posible destacar que cerca del 80% de la población en Haití accede principalmente a la medicina complementaria, dejando como último recurso el uso de la medicina tradicional. Por tanto, conocer las características cul-

turales y la situación de salud de estas personas es relevante para determinar cuáles son sus necesidades, interviniendo oportunamente dentro del sistema atención sanitaria (7).

Considerando lo mencionado, el objetivo de esta investigación es describir el acceso y el conocimiento de la población haitiana inmigrante respecto a la APS chilena y realizar un perfil sociodemográfico de salud de esta población.

› Material y Método

Bajo un paradigma cuantitativo, se realizó un estudio descriptivo y transversal. En una población de 200 personas, se recogió una muestra no probabilística por conveniencia, la cual incluyó a 41 inmigrantes haitianos. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, de ambos sexos y alfabetizado, excluyéndose a aquellos inmigrantes que no aceptaron participar en el estudio.

Los datos se recolectaron mediante un cuestionario elaborado por los autores, orientado a medir el acceso a la APS en inmigrantes haitianos de Chillán. Este cuestionario se sometió a juicio de especialistas en las áreas de: lenguaje y comunicación, enfermería, salud pública y APS; incluyéndose la ayuda de una licenciada en economía de nacionalidad haitiana. El instrumento traducido al creolé, quedó conformado por 32 preguntas, de las cuales destacan: antecedentes sociodemográficos, de salud, frecuencia de acceso a centros de salud, conocimiento y barreras de acceso a la APS.

El estudio contó con la aprobación del Comité Ético Científico, de la Universidad Adventista de Chile, según registro del 20 de junio del 2019. La recolección de datos se hizo mediante consentimiento informado, garantizándose participación voluntaria y confidencialidad de los datos entregados por los participantes.

Para el análisis de datos, se utilizó el software SPSS versión 25. Para describir variables cuantitativas se utilizó promedios y desviación estándar y para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

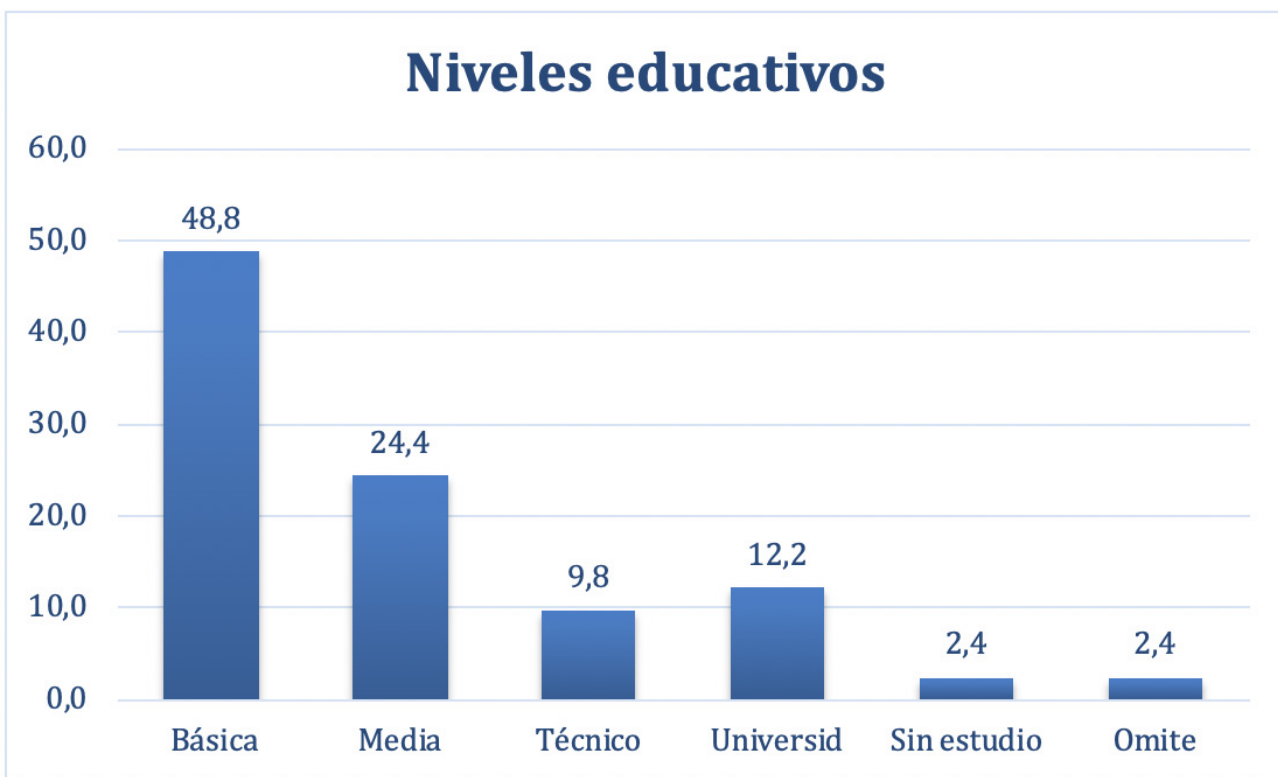
› Resultados

La edad media es de 32,22 años. La cantidad de hijos varía entre uno y cuatro, siendo la media 1,04.

En cuanto a al género con que se identifican destaca: mujer con un 51,2%, hombre 41,5 y otro con un 7,3%. El estado civil predominante es soltero con 48,8%, casado 39,0%, conviviente 9,8% y bajo unión civil 2,4%.

En el gráfico 1 se describen los niveles de educación alcanzados por muestra, donde mayoritariamente se observa que alcanzan enseñanza básica con un 48,8%.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE NIVELES DE EDUCACIÓN EN INMIGRANTES HAITIANOS



Sobre el conocimiento de idiomas, un 100% habla creolé, 56,1% francés, un 12,2% inglés y español un 5%.

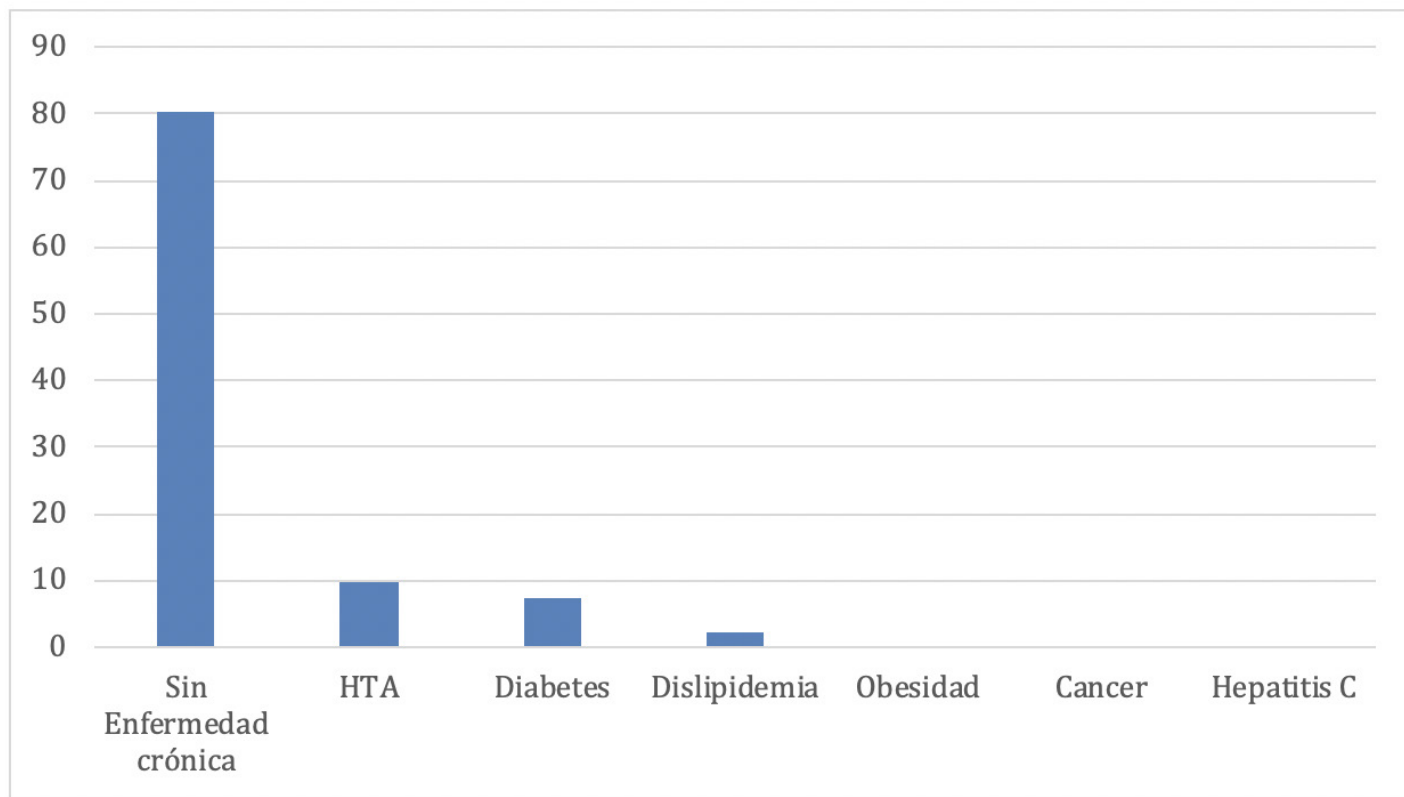
El 48% mantiene un estado migratorio legal, un 24% se encuentra de forma ilegal y el 26,8% mantienen en trámite este proceso.

La muestra estudiada declaró no tener enfermedades como VIH, Cáncer y Hepatitis B o C. Respecto a enfermedades agudas presentadas y diagnos-

ticadas en los últimos seis meses se detectó que un 46,3% fue diagnosticado con resfrió común, un 2,4% con gastritis y un 2,4% con influenza. Un 51,2% refiere no haber tenido enfermedades agudas en los últimos seis meses.

El gráfico 2 presenta la prevalencia de enfermedades crónicas en la muestra, donde destaca un bajo porcentaje de hipertensión, diabetes y dislipidemias.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN INMIGRANTES HAITIANOS



Respecto de antecedentes familiares de enfermedades crónicas, un 80,5% afirma no tenerlos, un 12,2% tiene antecedentes familiares de hipertensión y un 7,3% tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus.

Respecto del calendario de vacunas, el 26,8% refiere tenerlo completo, un 53,6% lo tiene incompleto (no lo conoce o no lo terminó) y el 19,5% no recuerda si lo completó.

Del total de la muestra, un 29,3% utiliza algún medicamento como parte de un tratamiento farmacológico. Entre estos últimos destaca que un 19,5% utiliza Paracetamol (acetaminofeno), un 4,9% ácido fólico, 2,4% sulfato ferroso y un 2,4% metformina.

En la muestra el 92,7% no consume alcohol, un 97,6% no fuma, y el 100% refiere no consumir drogas ilícitas.

Respecto del ejercicio físico, un 43% no realiza, un 19,5% refiere realizarlo 1 vez a la semana, un 9,8% 2-3 veces por semana y un 26,8% 4 o más veces por semana.

El 9,8% de la muestra refiere comer solo 1 vez al día, un 68,3% 2-3 veces diarias y un 22% consume 4 o más comidas. Al mismo tiempo, el 7,3% refiere no consumir ninguna fruta diaria, un 46,3% consume 2-3 frutas diarias y un 14,6% consume 4 o más frutas. Respecto de las verduras, el 56,1% consume una diaria, el 24,4% consume 2 a 3 diarias, mas de tres un 9,8% y ninguna un 9,8%.

TABLA 1. ACCESO Y CONOCIMIENTOS DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL CESFAM

	Sí %	No %
Asistencia al CESFAM en los últimos seis meses	46,3	53,7
Conoce cómo funciona el acceso al CESFAM local	41,5	58,5
Sabe que existe un sistema de inscripción al CESFAM	51,2	48,8
Sabe de la posibilidad de pedir hora para ver a un profesional de la salud	43,9	56,1
Sabe que es posible retirar medicamentos	43,9	56,1
Sabe que allí es posible hacer sugerencias, reclamos y pedir información	29,3	70,7
Sabe cuáles profesionales y especialidades están disponibles	34,1	65,9
Sabe cuáles programas de salud son para sus necesidades, edad y posibles patologías	19,5	80,5
Ha recibido información sobre los CESFAM	43,9	56,1

n=41

En la tabla 1 se describe el acceso y conocimientos de los servicios que presta el Centro de Salud Familiar (CESFAM). El 80,5% no sabe cuáles programas de salud están disponibles para sus necesidades, edades y posibles patologías. Un 79,7%

refiere no conocer que en el CESFAM es posible hacer sugerencias, reclamos y pedir información. Un 65,9 % no sabe cuáles profesionales y especialidades están disponibles y, finalmente un 53,7 % no ha asistido a un CESFAM en los últimos seis meses.

TABLA 2. BARRERAS DE ACCESO A ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN INMIGRANTES HAITIANOS

	Sí %	No %
Sabe qué es un CESFAM	29,3	70,7
Conoce los programas que tiene el CESFAM para su atención	68,3	31,7
Está inscrito en un CESFAM	43,9	56,1
Le es posible asistir entre las 08:00 a 17:00 horas	48,8	51,2
El CESFAM queda cercano a tu lugar de residencia	48,7	39,0
Alguna vez ha recibido atención en un CESFAM	63,4	36,6
Si asistió, tuvo dificultad en la comunicación: idioma	53,6	46,4

n=41

En la tabla 2, se describen las barreras de acceso que tiene la población migrante al momento de ingresar a la APS. El 70,7% no sabe qué es un CESFAM, el 56,1% no está inscrito, al 51,2% no le es

posible asistir entre las 08:00 a 17:00 horas y de aquellos que asistieron alguna vez el 46,4% tuvo dificultad en la comunicación.

TABLA 3. ENTREGA DE INFORMACIÓN RESPECTO AL CESFAM A INMIGRANTES HAITIANOS

Información del CESFAM	Porcentaje %
No recibió información	53,66
Profesional de salud	9,76
Familiar	7,32
Amigos	19,51
Otro	9,76
	100,00

En la tabla 3 se describe la entrega de información del CESFAM a inmigrantes haitianos. El 53,7% no ha recibido información y de los que si la han recibido al 19,5% ha sido por parte de amigos.

› **Discusión**

Sobre el perfil sociodemográfico de la muestra, se encontró una población joven mayormente solteros. Un grupo laboralmente activo, que viene en busca de oportunidades laborales, quienes en su mayoría no alcanzan la secundaria (educación media) o definitivamente no accedieron a educación, lo cual dificulta su integración laboral y su conocimiento sobre salud (8).

Un hecho preocupante es el porcentaje de la población que no habla español, barrera que según la literatura se identifica como dificultad importante respecto del acceso al sistema de salud y laboral (9). Bajo la perspectiva de la teoría sobre relaciones interpersonales de Riehl-Sisca, esto representa un gran desafío comunicacional a la hora de entablar la relación enfermera(o)- paciente, esta relación que se ve dificultada ante la imposibilidad del intercambio de información de manera activa, donde no es posible planificar e implementar cuidados e intervenciones de enfermería eficaces (10,11). Frente a esta situación muchos establecimientos han incorporado: facilitadores de idioma (11,12) o facilitadores interculturales en centros de salud (6) y la creación de medios digitales que faciliten la comunicación creolé-español, en este caso corresponde a la llamada plataforma «Herramientas de Facilitación Lingüística para Funcionarios de Salud en Creole» (13). Medidas que a pesar de los esfuerzos no siempre son suficientes, puesto que no se cuenta en todos los establecimientos con un traductor que se dedique en forma exclusiva a esta función (14).

Respecto al proceso migratorio, un alto porcentaje

mantiene su situación migratoria legal o en proceso de ser legal, estimándose que un 24% se encuentra de manera ilegal en el país. Esta situación puede generar estrés con afectación de la salud mental y física, lo que a su vez genera temor a la hora de acceder al sistema de salud (15).

Además, la población migrante genera costos en los distintos establecimientos de salud, ya que deben otorgar prestaciones a la población migrante regularizada y atender a los que aún no regularizan su situación. Según el Programa de Salud del Inmigrante, este tiene derecho a acceder a los beneficios del Fondo Nacional de Salud en calidad de indigente o carente de recursos, los cuales “serán beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud según lo estipulado en el artículo 6° letra e) de la ley 18.469” (16) la cual establece acceso a prestaciones de salud como: atención de urgencia en cualquier establecimiento de salud, ya sea público o privado, además de opción a exámenes ginecológicos y de enfermedades transmisibles, entre otras (6).

En lo que respecta su estado de salud presentan muy poca prevalencia de enfermedades crónicas, lo que se condice con el perfil de sus compatriotas en otras ciudades (17).

En cuanto al esquema de vacunación haitiano, tiene menos efectividad y menos vacunas que el esquema de vacunación chileno (18-21). En este sentido, según lo apreciado en esta investigación la población en estudio ingresa a Chile con un programa de inmunización deficiente, teniendo su calendario incompleto.

Respecto de la alimentación, esta se ve principalmente limitada en lo que a porciones y consumo de frutas y verduras se refiere, con porcentajes que se encuentran bastante lejos de las metas de las guías alimentarias para la población por parte del Minis-

terio de Salud chileno y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (22,23).

En cuanto al acceso y conocimientos de los servicios que presta la APS, se aprecian deficiencias. Lo cual resulta preocupante si se tiene en consideración que las personas inmigrantes deben insertarse en un territorio demográfico distinto al conocido, con determinantes sociales alejados de su control, los cuales pueden ser un riesgo para su salud (24- 26). En este sentido, los patrones de accesibilidad a la APS también son bajas, lo cual puede estar ligado a la falta de hábito respecto de la asistencia a controles de salud (27,28). Así, la mayor parte de la población haitiana ignora que existe un sistema de inscripción para poder recibir APS, desconociendo este derecho garantizado (29,30). Frente a esta situación se deben buscar estrategias para acercar los programas de APS a la comunidad haitiana, de tal modo que conozcan las prestaciones a las que pueden acceder, mejorando así la calidad de vida y los antecedentes epidemiológicos nacionales, además de garantizar un servicio igualitario a todas las personas en el territorio chileno.

Al considerar las barreras de acceso a la APS percibidas por este grupo de inmigrante, la mayoría desconoce qué es un CESFAM, por tanto, no sabe dónde acudir en primera instancia ante un requerimiento de salud. Al respecto, expertos sobre epidemiología nacional de las enfermedades infecciosas e impacto de la inmigración, señala que los grupos más vulnerables dentro de una comunidad de inmigrantes son las mujeres embarazadas, lactantes y niños (25). Más de la mitad de la muestra de haitianos no se encuentra inscrita en un CESFAM, lo cual limita su acceso a programas tales como: atención primaria del niño y adolescente, ginecológico de la mujer, planificación familiar, control de embarazo y atención primaria del adulto en general (30).

Otra barrera expresada, es el horario de atención, un 51,2% de la población indica imposibilidad de asistir en el horario de 8 a 17 horas, refiriéndose como causa principalmente a las condiciones laborales. Se destaca además que un importante porcentaje refiere tener el CESFAM lejos de su lugar de residencia, según un estudio chileno que aborda el tema de la migración, la llegada de grandes poblaciones no hispanoparlantes, ha provocado una marcada configuración social y cultural en Chile, ampliando la brecha en calidad de vida, acceso a trámites legales, búsqueda y mantención de trabajo, educación y atención sanitaria, específicamente de la comunidad haitiana (31).

› Conclusiones

De acuerdo con los datos obtenidos se aprecia la dificultad que tiene esta población para acceder al sistema de APS, lo cual está asociado a la barrera idiomática, que impide la comunicación fluida y la recepción de información sobre el funcionamiento de APS y las prestaciones que otorga. La falta de asistencia a controles de salud, impide la incorporación a los programas de salud, hecho que vuelve a esta población vulnerable. En este contexto, es evidente que a pesar de los esfuerzos realizados en el país se requieren nuevas estrategias para integrar a la población haitiana al sistema de salud.

Los datos proporcionados por esta investigación, son un primer paso, que da el pie para realizar futuros estudios, centrados en cómo establecer medidas que permitan acercar el sistema de salud chileno a la población haitiana e impidiendo el deterioro de su salud.

› Referencias Bibliográficas

1. Claudia Castro. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Segunda entrega de resultados censo 2017. [en línea]. INE; 2017 [actualizada 4 may

- 2018; acceso mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ine.cl/prensa/2018/05/04/segunda-entrega-resultados-censo-2017-chile-presenta-mayor-nivel-educativo-creciente-inmigraci%C3%B3n-y-aumento-de-hogares-unipersonales>
2. Policía de Investigaciones de Chile (PDI). Registros de residencia y visa aumentan en más del 50%. [en línea]. PDI; 2019 [actualizada 1 feb 2019; acceso may 2019]. Disponible en: <http://www.pdichile.cl/centro-de-prensa/detalle-prensa/2019/02/01/registros-de-residencia-y-visa-aumentan-en-m%C3%A1s-del-50>
 3. Rojas N, Silva C, Amode N, Vásquez J, Orrego C. Departamento de extranjería y migración. Migración Haitiana en Chile. [en línea]. Departamento de extranjería y migración; 2016 [acceso may 2019]. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/09/boletin-1.pdf>
 4. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2): 167-75.
 5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención Primaria de la Salud. [en línea] OMS [acceso may 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
 6. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Salud del inmigrante. [en línea]. MINSAL; 2019. [actualizada 15 ene 2019; acceso oct 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
 7. Sánchez K, Valderas J, Messenger K, Sánchez C, Barrera F. Haití. La Nueva Comunidad Inmigrante En Chile. *Rev chil Ped*. [en línea]. 2018 (abr) [acceso may 2019]; 89(2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200278
 8. Valenzuela P, Riveros K, Palomo N, Araya I, Campos B, Salazar C, et al. Integración laboral de los inmigrantes haitianos, dominicanos y colombianos en Santiago de Chile. *Antropol sur* [en línea]. 2014 [acceso may 2019]; (2): 101-20. Disponible: <https://pdfs.semanticscholar.org/3366/465a046835837d55696d8655f3df82f1a3ad.pdf>
 9. López M. La diferenciación idiomática y su repercusión en la integración laboral de migrantes haitianos en la Región Metropolitana de Chile [Tesis de pregrado]. Santiago (Chile): Universidad Alberto Hurtado; 2017.
 10. Elers-Mastrapa Y, Gilbert-Lamadrid MP. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm* [en línea]. 2016 [acceso oct 2019]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019
 11. Fuster-Farfán X, Rebolledo-Olave F. Interacciones dialógicas en el consultorio: migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria. *Revistas Perspectiva*. 2013; (24): 111-22.
 12. Maldonado S. Herramientas de facilitación lingüística para funcionarios de salud en Kreyòl Ayisyen 2018. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2018.
 13. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). MINSAL lanzó plataforma que facilita comunicación entre profesionales de la Salud Pública y población haitiana en Chile. [en línea]. MINSAL; 2018 [actualizada 23 feb 2018; acceso oct 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/minsal-lanzo-curso-de-aprendizaje-de-creole-para-funcionarios-del-sistema-publico/>
 14. Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Resultados de análisis integrativo, Integración de resultados y elaboración de recomendaciones y

buenas prácticas 2018. Santiago; 2018.

15. Vilar-Peyrí E, Eibenschutz-Hartman C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev gerenc polít salud*. 2007; 6 (13): 11-32.

16. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Superintendencia de salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Santiago de Chile; 2018.

17. Astorga-Pinto S, Correa E, Molina X, Cabieles B, Raggio P, Zacconi R et al. Caracterización sociodemográfica y de salud de la población haitiana en la comuna de Peumo, Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2018; 58 (4): 121-31.

18. Syldor M.H. Situación actual de las Vacunas e Inmunización en Haití. *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2(7): 354-9.

19. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Inmunización. Organización Panamericana de la Salud; 2018.

20. World Health Organization (WHO). WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2019 global summary [en línea] WHO; 2019 [actualizada 15 jul 2019; acceso oct 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary

21. Justich P. El rechazo a vacunar a los niños: un desafío por enfrentar. *Arch Argent Pediatr*. 2015; 113(5): 443-8.

22. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [en línea]. OMS; 2018 [Actualizada 31 ago 2018; acceso oct 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

23. Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela. Guías

Alimentarias para la población chilena. [en línea]. Hospital de Curanilahue; 2018 [actualizada 8 ene 2018; acceso oct 2019]. Disponible en: <https://hospitaldecuranilahue.cl/wordpress/2018/01/08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-chilena/>

24. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Haití [en línea]. OPS/OMS; 2017 [acceso octubre 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=haiti&lang=es

25. Wolff M. Epidemiología nacional de las enfermedades infecciosas e impacto de la inmigración: 2017. [en línea]. Academia Chilena de medicina; 2017. [oct 2019]. Disponible en: http://www.academiachilenademedicina.cl/wp-content/uploads/2019/01/dr_wolf.pdf

26. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la calidad de la atención primaria en Haití. *Boletín OMS* [en línea]. 2017 [acceso octubre 2019]; 95 (3):165-240. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/3/16-179846-ab/es/>

27. Bennett O. Elecciones en Haití: ¿por qué el país más pobre de América no levanta cabeza? [en línea]. BBC; 2015 [09 ago 2015; acceso oct 2019] Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/08/150807_america_latina_haiti_elecciones_comunidad_internacional_lav

28. Banco Mundial. Chile panorama general. [en línea]. Banco Mundial; 2019 [actualizada oct 2019; acceso oct 2019]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/country/chile/overview#1>

29. Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (Diario oficial de la República de Chile, número 20.584, de 24-04-2012).

30. Ilustre Municipalidad de Santiago (MUNISTGO). Programas de atención primaria [en línea].

MUNISTGO; 2019 [acceso oct 2019]. Disponible en: <http://www.saludstgo.cl/servicios/atencion-primaria/>

31. Sumonte V, Sanhueza S, Friz M, Morales K. Migración no hispanoparlante en Chile: Tendiendo puentes lingüísticos e interculturales. *Diálogo Andino*. [en línea]. 2018 [acceso oct 2019]; 57: 61-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-26812018000300061

Reproducibilidad de los resultados de un instrumento para valorar incontinencia urinaria en ancianos, Chile

Autores:

Camila Andrea Cortés Geldes. Estudiante de enfermería Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile. E-mail: c.cortesg@alumnos.santotomas.cl

Paloma Alejandra Muñoz Reyes. Estudiante de enfermería Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile. E-mail: p.munozr1@alumnos.santotomas.cl

Bernardo Alberto Vallejos Rojas. Estudiante de enfermería Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile. E-mail: b.vallejosr@alumnos.santotomas.cl

Boris Paolo Moena González. Nutricionista, Magíster en Salud Pública mención en Atención Primaria de Salud. Académico Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile. E-mail: borismoenago@santotomas.cl

Amparo Christine López González. Enfermera. Magíster en Gerontología Clínica. Académico Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile. E-mail: amparolopezgo@santotomas.cl

Estudio derivado de proceso de tesis, sin fines de lucro y sin apoyo económico de terceros.

Fecha de Recepción: 01.02.2020

Fecha Aceptación: 23.09.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2720>.

› Resumen

Introducción. El objetivo fue determinar la reproducibilidad de los resultados de un instrumento de valoración de incontinencia urinaria en la población anciana o adulta mayor de ambos sexos, en la región de Valparaíso, Chile, durante el año 2019, por medio del cuestionario: Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), orientado a valorar la incontinencia urinaria de manera transversal a la edad y sexo del usuario. El cuestionario fue validado originalmente en el idioma inglés, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,95, con una fiabilidad calificada como muy satisfactoria. Posteriormente, en el año 2004, se realizó la validación de la versión española, permitiendo valores satisfactorios con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,89. En Chile, en el año 2012, el instrumento fue validado por la Universidad de los Andes en personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA), pero con la limitante de sexo y edad, debido a su aplicación exclusiva en mujeres, el cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,87, con una adecuada confiabilidad. **Material y Método.** Estudio cuantitativo, muestra por conveniencia, contó con la participación de un total de 93 adultos mayores, aprobado por el Comité de ética Universidad Santo Tomás. **Resultados.** La edad promedio fue de 71,17 años (DE=8,397), ambos sexos con predominio femenino, se logró una fiabilidad de 0,684 con corrección de ítems invertidos. **Conclusión.** El instrumento presenta baja confiabilidad, por lo cual se recomienda su modificación para obtener un valor aceptable desde el punto de vista estadístico en futuras investigaciones.

› **Palabras claves:** Incontinencia urinaria, Anciano, Encuestas y Cuestionarios, Reproducibilidad de los resultados (DeCS- BIREME).

Reproducibility of the results of an instrument to value urinary incontinence in the elderly, Chile

› Abstract

This research seeks the reproducibility of the results of a urinary incontinence assessment instrument in elderly or older adults of both sexes. This research was conducted in Chile's fifth region, during 2019 by using the questionnaire: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short - Form (ICIQ-SF). The objective of the questionnaire is to assess urinary incontinence in a transversal way to the age and gender of the user. The questionnaire was originally validated in the English language, with a Cronbach Alfa coefficient of 0.95, with reliability rated as very satisfactory. Subsequently, in 2004, validation of the Spanish version was carried out, allowing satisfactory values with an Alfa coefficient of Cronbach of 0.89. In Chile, in 2012, the instrument was validated by the University of the Andes in people benefiting from the National Health Fund (FONASA), but with the limitation of sex and age, due to its exclusive application in women, it obtained a Cronbach Alfa of 0.87, with adequate reliability. **Material and Method.** Quantitative study, convenience sample, 93 total adult participants over both sexes with an average age of 71.17 years and a standard deviation of 8,397. **Results.** The results obtained yielded a reliability of 0.684 with correction of inverted items. **Conclusion.** It is concluded that the instrument has low reliability, in consequence, it is recommended to modify the instrument to obtain statistically acceptable value in future research.

› **Keywords:** Urinary incontinence, Aged, Surveys and Questionnaires, Reproducibility of results (DeCS- BIREME).

› Introducción

Según el criterio de Naciones Unidas, asumido por el Gobierno de Chile en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se considera adulto mayor entre 60 años y más (1). Esta población corresponde al 16,2% de la población nacional, el 56% corresponde a mujeres y se concentran mayoritariamente en el rango etario de 60 a 70 años alcanzando un 52,6%, seguido por el grupo de 70 a 80 años con un 30,9%, luego el decenio de 80 a 90 años representa el 13,7% y en menor medida la población de mayores de 90 años en 2,8% (2).

Ahora bien, en la encuesta “Chile y sus mayores 2016”, se encontró que existe una prevalencia del 14,8% de incontinencia urinaria entre el grupo de los adultos mayores, siendo una condición frecuente tanto en el hombre como la mujer, sobre todo a edades avanzadas, esto causa gran impacto sobre la persona en aspectos biológicos, funcionales, psicológicos y sociales. Además, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos que conlleva a diversas patologías concomitantes en adultos mayores (3).

La incontinencia urinaria (IU), se define como un estado en el que, involuntariamente, se escapa la orina desde la vejiga. Existen diferentes tipos de incontinencia urinaria, el más frecuente corresponde a la Incontinencia de Orina de Esfuerzo (IOE), le sigue la Incontinencia de Orina Mixta (IOM) y en tercer lugar se encuentra la Incontinencia de Orina de Urgencia (IOU) (4,5). Los factores de riesgo que predisponen mayoritariamente a este síndrome son: la edad (45 - 60 años), raza blanca y/o hispana, multiparidad, antecedentes de partos traumáticos, obesidad, tabaquismo, cardiopa-

tía e hipertensión en tratamiento con diuréticos, enfermedades del Sistema Nervioso Central como Parkinson o esclerosis múltiple, enfermedades músculo-esqueléticas que supongan disminución de la movilidad, demencia y factores ocupacionales (trabajo que supongan grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto, etc (6-9).

La prevalencia de cualquier tipo de IU varía entre un 25 a un 45%. La evidencia epidemiológica al respecto muestra que en la medida que la población envejece, aumentan la prevalencia y la severidad de la incontinencia urinaria, siendo este efecto más notorio en pacientes sobre 65 años (5).

Para valorar los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria, con el fin ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación, se creó el cuestionario “ICIQ-SF”, su construcción estuvo a cargo de un comité de expertos representantes de la “Internacional Continence Society”, los cuales crearon un instrumento breve y simple por la comunidad científica internacional. Este fue validado originalmente en el idioma inglés, obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95, con una fiabilidad calificada como muy satisfactoria (10). En el año 2004, se realizó la validación de la versión española del cuestionario, el que también logró valores satisfactorios con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 y se recomendó su aplicación en el ámbito clínico, con el fin de detectar la incontinencia urinaria en una población femenina en España (11).

Actualmente, en Chile no existe disponible un instrumento confiable que permita la valoración de la incontinencia urinaria en la población de adultos mayores de ambos sexos, ya que el único estudio de validación del instrumento en Chile titulado “ICIQ-SF versión español-chilena,” realizado por el

Departamento de Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, incorporó a un reducido número de usuarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA), esto es, exclusivamente sexo femenino (77 mujeres) con edad promedio de 51 años (DE=13,2). Si bien el rango de edad de las participantes que involucró el estudio estaba entre los 21 años y 80 años, el promedio de edad de la muestra total indicado es relativamente bajo y con gran dispersión. Los resultados de dicho estudio arrojaron un alfa de Cronbach de 0,87, lo cual considera al cuestionario como un instrumento con adecuada confiabilidad (12).

Expertos han destacado que la incontinencia urinaria genera un impacto negativo con deterioro importante del estado funcional y de la calidad de vida de pacientes (13), especialmente de sexo femenino, originando notables repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas. En la mayoría de las ocasiones se presenta un origen multifactorial el cual requiere de una sistematización diagnóstica para su adecuado manejo (14).

En el ámbito sanitario, utilizar un instrumento confiable será un importante aporte para la salud de los adultos mayores y para los profesionales de enfermería, el contar con un instrumento de valoración de la incontinencia urinaria que cumpla con los criterios de validez y confiabilidad, permitirá realizar una adecuada valoración de la incontinencia urinaria, contribuyendo a la detección precoz del problema, permitiendo a los profesionales desarrollar actividades de promoción de la salud de los adultos mayores, y prevención de este síndrome geriátrico y referir a otros profesionales para tratamiento y rehabilitación (15). Este instrumento de valoración geriátrica permitirá derivar de manera oportuna a un especialista y

evitar futuras problemáticas de salud (16).

Con todo lo anterior, el objetivo del presente estudio es realizar un proceso de reproducibilidad de resultados del instrumento ICIQ-SF, en población adulto mayor de ambos sexos en la Región de Valparaíso en Chile, durante el año 2019.

› Material y Método

Esta investigación se enmarca en el paradigma positivista, cuantitativo, análisis de confiabilidad del instrumento (17).

Los criterios de inclusión utilizados para determinar la muestra fueron: adultos mayores de ambos sexos pertenecientes a centros y/o instituciones de adultos mayores de las comunas Viña del Mar y Valparaíso. En tanto a los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico previo de incontinencia urinaria, tener medidas correctivas al sistema genitourinario previo y/o algún deterioro cognitivo.

Los participantes se distribuyeron de la siguiente forma: Centro de adulto mayor “El Amanecer de Reñaca Alto”: 15 mujeres, Centro de adulto mayor “La Golondrina”: 14 mujeres, Centro de adulto mayor “El nacer de Margarita”: 12 mujeres y 3 hombres, Centro de adulto mayor “Nuevo Renacer”: 9 mujeres, Círculo de Coroneles (R) de Carabineros Viña del Mar: 6 hombres, Parroquia “Jesucristo Misionero”: 1 hombre y 4 mujeres, “Iglesia Misionera Pentecostés”: 4 hombres y 5 mujeres, “Encuentro de Padres en el Espíritu (EPE) del Colegio Salesiano Valparaíso”: 20 hombres. Así, la muestra reclutada fue de tipo no probabilística (18), alcanzando un tamaño de 93 participantes.

El centro donde se realizó la investigación, entregó autorización a través de su Comité de Ética Institucional para realizar el estudio. Posteriormente,

se hizo entrega del consentimiento informado a la población objetivo para su autorización en la aplicación del instrumento, con previa explicación sobre la confidencialidad de los resultados obtenidos y su libertad de decisión sobre participar en el estudio. Cabe destacar que durante el desarrollo de la investigación se hizo cumplimiento y aplicación de todos los requisitos éticos de Ezekiel Emanuel (19).

El cuestionario fue aplicado en modalidad asistida a cada participante y está conformado por un total de 4 ítems y 2 dimensiones:

Dimensión “Severidad”, contempla 2 ítems

1: “¿Con qué frecuencia pierde orina?”, las opciones de respuesta son en escala tipo Likert y van desde nunca a constantemente.

2: “Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que pierde y la cantidad de orina que pierde habitualmente”, las opciones de respuesta van de no pierdo nada a mucha cantidad.

4: “Estas pérdidas de orina ¿Cuánto afectan su vida diaria?”, la respuesta tiene una escala de 0 a 10, los cuales significan “no me afectan nada” a “me afectan mucho”

Dimensión “Situación De Pérdida” compuesta por 1 ítem.

3: “¿Cuándo pierde orina?” las opciones de respuesta van desde nunca pierde orina hasta pierde orina constantemente.

La primera dimensión fue evaluada con respuestas de tipo ordinal y para la segunda dimensión el nivel de medición de tipo razón (20).

El análisis estadístico de datos se realizó en el

programa SPSS versión 22 (21). Para determinar la confiabilidad del instrumento se calculó la consistencia interna, a través del estadígrafo “Alfa de Cronbach” (22,23) y para explorar la existencia de ítems negativos que afectaran los resultados de fiabilidad, se recurrió a la correlación de Pearson estableciendo una matriz de correlaciones.

› Resultados

TABLA 1. EDAD DE LOS PARTICIPANTES

Media y DS	Años
Media	71,17
Desviación estándar	8,397

En la tabla N°1 se observa que la muestra contempla un promedio de edad alto, correspondiente a 71,17 años.

TABLA 2. SEXO DE LOS PARTICIPANTES

Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual (%)
Hombres	34	36,56
Mujeres	59	63,44
Total	93	100

En la tabla N°2 se destaca que aproximadamente 2/3 del total de los participantes equivale a la población femenina.

TABLA 3. FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (SIN CORRECCIÓN DE ÍTEMS INVERTIDOS)

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,351	11

En la tabla N°3 se puede apreciar que la consistencia interna, sin corrección de ítems invertidos es baja, lo que determina que es un instrumento no confiable de acuerdo con la interpretación realizada a través del coeficiente Alfa de Cronbach.

TABLA 4. CORRELACIÓN DE ÍTEMS SIN CORRECCIÓN DE ELEMENTOS INVERTIDOS

Ítems	Correlación elemento-total	α de Cronbach si se elimina el elemento
¿Con qué frecuencia pierde orina?	,619	,000
Impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que pierde y la cantidad de orina que pierde habitualmente	,717	,146
¿Cuándo pierde orina? Nunca pierde orina	,670	,245
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina antes de llegar al WC	-,434	,414
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina cuando tose, estornuda y/o ríe	-,479	,425
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina cuando duerme	-,247	,373
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio	-,235	,381
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	-,342	,388
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina en cualquier momento del día	-,423	,393
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina constantemente	-,374	,379
Estas pérdidas de orina ¿Cuánto afectan su vida diaria?	,543	,045

En la tabla N° 4 se destaca los ítems invertidos, aquellos cuya correlación resultó negativa.

TABLA 5. FIABILIDAD CON CORRECCIÓN DE ÍTEMS INVERTIDOS

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,684	11

En la tabla N°5 se observa que la medida de consistencia interna con corrección de ítems invertidos aumentó considerablemente duplicando el valor inicial, logrando una confiabilidad baja.

TABLA 6. ELEMENTOS CON CORRECCIÓN DE ÍTEMS INVERTIDOS

Ítems	Correlación elemento-total	α de Cronbach si se elimina el elemento
¿Con qué frecuencia pierde orina?	,699	,574
Impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que pierde y la cantidad de orina que pierde habitualmente	,784	,608
¿Cuándo pierde orina? Nunca pierde orina	,772	,641
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina antes de llegar al WC	,365	,673
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina cuando tose, estornuda y/o ríe	,456	,666
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina cuando duerme	,260	,684
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio	,301	,680
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	,330	,679
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina en cualquier momento del día	,395	,677
¿Cuándo pierde orina? Pierde orina constantemente	,346	,682
Estas pérdidas de orina ¿Cuánto afectan su vida diaria?	,701	,735

En la tabla N°6 destaca que al invertir los resultados de los reactivos las correlaciones con el ele-

mento total se positivarón.

› **Discusión y conclusiones**

En la validación original del instrumento ICQ-SF a cargo del comité de expertos representantes de la “Internacional Continence Society”, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95, la cual es una fiabilidad calificada como muy satisfactoria (10). Por su parte, la validación de la versión española del cuestionario, aplicado a 500 mujeres asistentes a la unidad especializada en incontinencia urinaria en España, logró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89, el cual presenta una fiabilidad calificada como adecuada (11). Lo que respecta a Chile, la validación oficial del cuestionario realizado por el Departamento de Ginecología Obstetricia Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, en población de mujeres con una edad promedio de 51 años, obtuvo una Fiabilidad calificada como adecuada con un Alfa de Cronbach de 0,87 (12).

Todos los resultados anteriormente expuestos, son significativamente mayores a los obtenidos en la presente investigación, la cual consideró participantes de ambos sexos, aunque la muestra reclutada fue mayoritariamente de sexo femenino, solamente un tercio de los participantes fueron hombres y una edad promedio de 71,17, la fiabilidad alcanzada fue de 0,684 con corrección de ítems invertidos, lo que califica como confiabilidad baja (24).

La baja fiabilidad encontrada en el cuestionario puede estar relacionada a dificultades en la comprensión de las instrucciones entregadas por los investigadores, la falta de comprensión de conceptos, baja comprensión lectora, baja atención al momento de contestar, además de una asociación a complicaciones más frecuentes en este rango etario, con relación a un deterioro cognitivo, disminución de las capacidades visuales y auditivas (25, 26). Para fines de aplicación de este instrumento, es imperativo valorar el nivel de escolaridad de la persona, indagando sobre la cantidad de años cursados y presencia de deserción escolar con sus posibles causales (27).

Por lo anteriormente expuesto, cobra relevancia que el instrumento, de ser utilizado, sea aplicado en modalidad asistida por un profesional, para así evitar sesgo en la recolección de la información, debido al perfil propio del participante.

Se sugiere continuar con la evaluación de este instrumento para su aplicación en adultos mayores, para este propósito es importante enfatizar en la instrucción del cuestionario, reiterando sobre las pérdidas de orina durante las últimas 4 semanas del participante, facilitando su comprensión, otro aspecto relevante es explicar que la aplicación del cuestionario no implica procedimientos invasivos ni derivaciones u atenciones médicas posteriores.

Además, se recomienda incorporar las siguientes modificaciones al instrumento:

- 1) Adicionar al ítem 1 la alternativa “una vez al mes o menos”.
- 2) Utilizar la pregunta 3 como pregunta de inicio, con el fin de obtener un criterio de identificación mayor a los obtenidos en este estudio-

Se espera que con estas modificaciones, futuras investigaciones, logren una confiabilidad similar a la obtenida por la otra investigación realizada a nivel nacional, obteniendo un valor aceptable desde el punto de vista de la confiabilidad estadística.

› **Referencias bibliográficas**

1. Ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. (Diario oficial de la República de Chile, número 19.828, de 27-09-2002, última modificación 01-03-2019).

2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Primeros resultados definitivos del Censo 2017: un total de 17.574.003 personas fueron efectivamente censadas. [Internet]. INE; 2017 [actualizado 22 dic 2017; citado 10 ago 2019]. Disponible en: <https://www.ine.cl/prensa/2019/09/16/primeros-resultados-definitivos-del-censo-2017-un-total-de-17.574.003-personas-fueron-efectivamente-censadas>
3. Pontificia Universidad Católica de Chile, Caja los Andes. Chile y sus mayores. 10 años de la encuesta calidad de vida en la vejez. [Internet]. 2017. [citado 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Libro%20CHILE%20Y%20SUS%20MAYORES.pdf>
4. Chiang H, Landerer E, Chiang F, Kaufman A. Estandarización de la terminología de la función del tracto urinario inferior. *Rev Chil Urol*. 2006; 7: 79-94.
5. Vallejos G, Guzmán R, Valdevenito J, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Rev chil obstet ginecol*. 2019; 84 (2): 158-65.
6. Miguel L, Muñoz A. Incontinencia. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Manual del residente de geriatría. Madrid (España): 2011. p. 138- 47.
7. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Incontinencia urinaria. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(2): 219-27.
8. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* [Internet]. 2012 [citado 06 de septiembre de 2019]; 30(1): 61-71 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
9. Gómez A. Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia profesional* [Internet]. 2005 (jun); 19 (6): 70-4.
10. Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2004; 23(4): 322-30.
11. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validation of the Spanish version of the international consultation on incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(8): 288-92.
12. Busquets M, Serra R. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Rev méd Chile*. 2012; 140(3): 340-6.
13. Clínica Las Condes. Tipos de incontinencia urinaria. [Internet]. Clínica las Condes; 2019 [actualizado 05 ago 2019; citado 28 sep 2019]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Urologia/tipos-de-incontinencia-urinaria>
14. Ministerio de Salud (Chile). Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA). Ministerio de salud de Chile; 2018.
15. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev Med Clin Condes*. 2018; 29(3): 270-7.
16. Bellido JC, Lendinez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010, 216 p.
17. Pérez J. El Positivismo y la Investigación Científica. *Revista Empresarial*. 2015; 9 (3): 29-34.
18. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*.

- [Internet]. 2017 [citado 10 ago 2019]; 35(1): 227-32. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es.
19. Emanuel E, Wendler D, Grady C. What make clinical research ethical?. *JAMA*. 2000; 283(20): 2701-11.
 20. Abreu J. Constructos, variables, dimensiones, indicadores y congruencia. *Daena: International Journal of Good Conscience*. [Internet]. 2012 [citado 10 ago 2019]; 7(3): 123-30. Disponible en: <http://www.spentamexico.org/v7-n3/7%283%29123-130.pdf>
 21. Grupo Innovación educativa Universitat de València. SPSS: Análisis de confiabilidad. [Internet]. Vicerectorat de Convèrgencia Europea; 2010 [citado 06 sep 2019]. Disponible en: https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
 22. Cascaes F, Gonçalves E, Valdivia BA, Bento GG, Da Silva TL, Soleman SS, et al. Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. *Rev Perú med exp salud pública*. 2015; 32(1): 129-38.
 23. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial Mc Graw Hill: 2018, 714 p.
 24. Corredor L, Carrillo G. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell en español, para personas con enfermedad crónica. *Investig Enferm Imagen Desarr*. [Internet]. 2015 [citado 10 ago 2019]; 18(1): 129-48. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.vcic>
 25. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile (SGG-Chile). Día internacional del adulto mayor. [Internet]; SGG-Chile, 2015 [actualizado 01 oct 2015; citado 30 sep 2019]. Disponible en: <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=168>
 26. López-Higes R, Rubio S, Martín-Aragoneses M, Del Río D, Mejuto G. Evaluación de la comprensión gramatical en el envejecimiento normal y patológico: Un resumen de los resultados obtenidos con las baterías ECCO y ECCO_Senior. In *J Psychol Res*; 2012; 5(1): 96-108.
 27. Espinoza O, Loyola J, Castillo D, González LE. La Educación de adultos en Chile: Experiencias y expectativas de los estudiantes de la modalidad regular. *Ultima década*. [Internet]. 2014 [citado 10 ago 2019]; 22(40): 159-81. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v22n40/art08.pdf>

Beneficios y complicaciones del catéter venoso central de instalación periférica en cuidados intensivos adultos

Autores:

Isabel Paulina Marzán-Garay. Enfermera Unidad Cuidados Intensivos Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile. Estudiante Especialidad en Cuidados Críticos del Adulto y Adulto Mayor, Universidad de Valparaíso, Chile. isabel.marzan@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-7402-664X>

América del Carmen Azolas-Páez. Enfermera Unidad Cuidados Intensivos Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile. Estudiante Especialidad en Cuidados Críticos del adulto y Adulto Mayor, Universidad de Valparaíso, Chile. americaazolas@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8136-5201>

Angélica Mosqueda-Díaz. Enfermera-Matrona, Doctora en Enfermería, Académica Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, Chile. angelica.mosqueda@uv.cl <https://orcid.org/0000-0002-7327-5799>

Fecha de Recepción: 06.01.2021

Fecha Aceptación: 10.02.2021

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2721>

› Resumen

Introducción. Los accesos venosos centrales son indispensables en pacientes críticos, para fines diagnósticos y terapéuticos, en los últimos años la evidencia ha mostrado un incremento en el uso de catéteres centrales de instalación periférica (PICC). El objetivo de este artículo es identificar, a través de una revisión bibliográfica, los beneficios y complicaciones asociados al uso de dichos catéteres. **Materiales y Métodos:** Se aplicó la estrategia PICO para establecer la pregunta clínica que orientó la investigación. La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, Web of Science, Ovid, Clinicalkey y Scopus, usando la expresión de búsqueda “PICC AND complicaciones y beneficios AND unidad de cuidados intensivos” en español e inglés. Los filtros aplicados fueron: texto completo, idiomas inglés, español y portugués, publicados los últimos 10 años y en investigaciones en humanos. Para el análisis crítico se utilizó la guía CASPe. **Resultados.** Sólo 10 artículos cumplieron los criterios para conformar la muestra bibliográfica, con investigaciones realizadas en China, Estados Unidos, España, Irak - Reino Unido. **Discusión.** Como beneficios destaca que el PICC es muy versátil, su instalación no presenta daño pleural o hemorrágico, puede usarse por periodos prolongados, disminuyendo los costos. La instalación puede ser realizada por profesional de enfermería capacitado, las principales complicaciones son infección y trombosis. **Conclusiones.** El PICC es una alternativa de acceso vascular efectiva y segura, posee grandes ventajas, su instalación puede ser efectuada por enfermeras capacitadas, y presenta menos riesgo de infecciones u otras complicaciones en relación al uso del clásico CVC.

› **Palabras claves:** Unidad de cuidados Intensivos, PICC, complicaciones y beneficios (DeCS-BIREME)

Benefits and complications of peripheral central venous catheter in adult intensive care

› Abstract

Introduction. Central venous accesses are essential in critical ill patients, for diagnosis and therapeutic purposes. In the recent years, evidence has shown an increase in the use of peripheral installed central catheters (PICC). The objective of this article is to identify, through a bibliographic review, the benefits and complications associated with the use of these catheters. **Materials and Methods.** The PICO strategy was applied to establish the clinical question that guided the research or investigation (tb puedes elegir cual usar). The search was performed in the databases Pubmed / Medline, Scielo, Web of Science, Ovid, Clinicalkey and Scopus, using the search expression "PICC AND complications and benefits AND intensive care unit" in Spanish and English. Filters applied were: full text, English, Spanish and Portuguese languages, published in the last 10 years and in human research. For the critical analysis, the CASPe guide was used. **Results.** Only 10 articles met the criteria for the bibliographic sample, with research carried out in China, the United States, Spain, Iraq and the United Kingdom. **Discussion.** The outstanding benefits are: the PICC is very versatile, its installation does not present pleural or hemorrhagic damage, it can be used for long periods, reducing costs. The installation can be performed by a trained nursing professional, the main complications are: infection and thrombosis. **Conclusions.** The PICC is an effective and safe vascular access alternative, it has great advantages, its installation can be carried out by trained nurses, and it presents less risk of infections or other complications in relation to the use of the classic CVC.

› **Keywords:** Intensive Care Units, PICC, complication and benefits (MeSH-ML)

› Introducción

Un catéter vascular central es un dispositivo biocompatible que se posiciona en el espacio intravascular de grandes vasos venosos, torácicos o abdominales y cuyo extremo distal se ubica cerca de la unión con la aurícula derecha (1). La instalación de este acceso venoso central para el paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI) es una prioridad, porque es utilizado para fines diagnósticos o terapéuticos, entre las actividades en las que se utiliza el catéter vascular se encuentran la obtención de constantes vitales asociadas al sistema cardiovascular, además de ser la vía de administración de fluidos y fármacos, en especial de drogas vasoactivas y vesicantes, la administración de nutrición parenteral y la obtención de muestras para realizar pruebas sanguíneas de laboratorio (1,2).

Entre los accesos vasculares centrales existen distintos tipos de catéteres, en el caso de los pacientes con enfermedades agudas que requieren un catéter transitorio, destacan aquellos insertados directamente a la red vascular central, habitualmente instalados a través de la vena subclavia, yugular o femoral, los que son conocidos como catéter venoso central (CVC) tradicional, y el catéter venoso central de instalación periférica (PICC) que es una cánula larga, como su nombre lo indica se inserta a través de una vena periférica, especialmente de las extremidades superiores tales como basílica, cefálica, braquial y mediana cubital (3), quedando alojadas en el tercio inferior de la vena cava superior. En ambos casos se necesita una adecuada fijación y la correcta comprobación radiológica previo a su uso (4).

Como todo procedimiento invasivo, la utilización de catéteres venosos centrales, ya sea de instalación central o periférica, no están exentos de complicaciones (1), las que pueden estar asociadas

al procedimiento de instalación, a la mantención o al retiro de estos dispositivos vasculares (5). Las complicaciones se han agrupado en mecánicas e infecciosas y son de gran relevancia ya que pueden elevar la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, cuando se producen estas complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos, puede generar mayor riesgo por las características de los usuarios, lo que provoca un costo sanitario, social y familiar añadido muy relevante (6).

Las complicaciones mecánicas pueden ocurrir entre el 2 y 15% de los casos y producen desde inconvenientes menores como retardo en el inicio de terapias específicas, hasta lesiones mayores que incluso pongan en riesgo la vida del paciente, entre las que revisten mayor gravedad se encuentran: a) el neumotórax, cuya incidencia es del 1,5 – 3,1 %, provocada por la pérdida de la indemnidad de la pleura a raíz de la punción, b) la embolia aérea que se puede generar durante la instalación o el retiro del catéter por el ingreso de pequeñas cantidades de aire a la circulación pulmonar o a la circulación arterial pudiendo generar un evento cerebro vascular, c) la malposición del catéter que impide medir la presión venosa central (PVC) y aumenta el riesgo de trombosis ya que se disminuye el lumen vascular y con ello el flujo pudiendo generar daño local, d) la punción accidental de una arteria, esta punción puede generar hematomas, accidentes cerebro vasculares, pseudo aneurismas, disección, trombosis, hemotórax, taponamiento cardíaco y fístula arterio-venosa, e) la perforación de grandes venas, hace referencia al daño directo generado por las guías usadas en la instalación del catéter, dilatadores e introductores, el mayor riesgo es una hemorragia incontrolable o hemopericardio, con taponamiento que puede ser temporalmente alejado de la instalación del CVC, el que de no ser vigilado puede desembocar en la muerte del paciente; f) las arritmias y

trombosis asociadas al catéter que se generan por irritación mecánica de la superficie del endocardio con el contacto de guías o el mismo catéter, en relación a los trombos generados pueden ocasionar un tromboembolismo pulmonar (5,7).

Por otro lado, las infecciones relacionadas con los catéteres vasculares centrales son un problema de especial relevancia por su frecuencia, por su gran asociación a morbimortalidad y por ser procesos clínicos potencialmente evitables, en las UCI ocasionan hasta el 90% de las bacteriemias asociadas a catéteres vasculares, obligando a su retirada en cualquier tipo de dispositivo, lo que además implica la pérdida de un importante acceso vascular en un paciente críticamente enfermo 6. En Chile, la infección del torrente sanguíneo asociado al uso del CVC es un indicador de calidad de la atención de vigilancia a nivel nacional, en adultos la tasa durante el año 2018 fue de un 2,0 por 1000 días de exposición al procedimiento (8).

El uso de los catéteres vasculares requiere del manejo y control del equipo de salud, siendo el profesional de enfermería capaz de minimizar los posibles riesgos y detectar precozmente las complicaciones a través de una buena valoración y planificación de los cuidados (9), para ello es muy importante conocer las complicaciones asociadas y los signos y síntomas que se deben tener en consideración.

En relación a los PICC, la literatura especializada señala que presentan menos complicaciones que los CVC, ya que se ha demostrado que los pacientes tienen una excelente tolerancia a su uso (6).

La utilización del PICC a nivel internacional ha ido en aumento, entre otros aspectos porque permite la administración de medicamentos y soluciones con niveles de pH extremos y de forma prolongada en pacientes con accesos venosos periféricos de difícil abordaje. Por lo tanto, es una opción muy

utilizada en los servicios de pacientes críticos. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de España recomienda el uso de PICC cuando la terapia intravenosa exceda los 6 días de duración (10). Se ha señalado que los riesgos al usar PICC son menores, pero no existen evidencias contundentes que pueda ser utilizada por el profesional de enfermería y que le permitan conocer sus beneficios y riesgos con la finalidad de otorgar el mejor cuidado.

Con todo lo expuesto, el objetivo de este artículo es identificar a través de una revisión de la literatura científica disponible, los beneficios y complicaciones asociados al uso del catéter venoso central de acceso periférico.

› Materiales y Métodos

La estrategia aplicada en la presente investigación bibliográfica fue a través de la implementación de las primeras tres etapas de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), las cuales son: 1) Formulación de una pregunta clínica, 2) Búsqueda bibliográfica y 3) Lectura crítica de artículos y síntesis de la evidencia (11). A partir de esta revisión de la literatura científica se presentan conclusiones que aportan a responder la pregunta clínica planteada, las cuales pueden ser implementadas en Unidades de Cuidados Intensivos.

Para desarrollar la pregunta clínica estructurada se aplicó el sistema PICO: población, intervención, comparación (no utilizada en esta ocasión) y resultados (12). Así, se planteó lo siguiente: Población: pacientes adultos hospitalizados en UCI, Intervención: uso de PICC, Resultados: riesgos y beneficios asociados a su uso. Según lo anterior, la pregunta orientadora para realizar la revisión fue ¿Cuáles son los riesgos y beneficios asociados al uso de los PICC en pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto?

El levantamiento bibliográfico se realizó en el segundo semestre del año 2019, entre los meses de septiembre y diciembre e incluyó las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, Web of Science, Ovid, Clinicalkey y Scopus (Figura 1).

Para realizar la búsqueda se emplearon descriptores normalizados en Ciencias de la Salud además del operador booleano AND. Entonces, para las bases de datos en español, la expresión de búsqueda aplicada fue: "PICC AND complicaciones y beneficios AND unidad de cuidados intensivos" y para las bases de datos en inglés "PICC AND complication and benefit AND intensive care unit".

Los filtros empleados para iniciar la selección de los documentos fueron: artículos de texto completo, en idiomas inglés, español y portugués, publicados en los últimos 10 años y en investigaciones realizadas en seres humanos, al aplicarlos se obtuvieron 715 artículos.

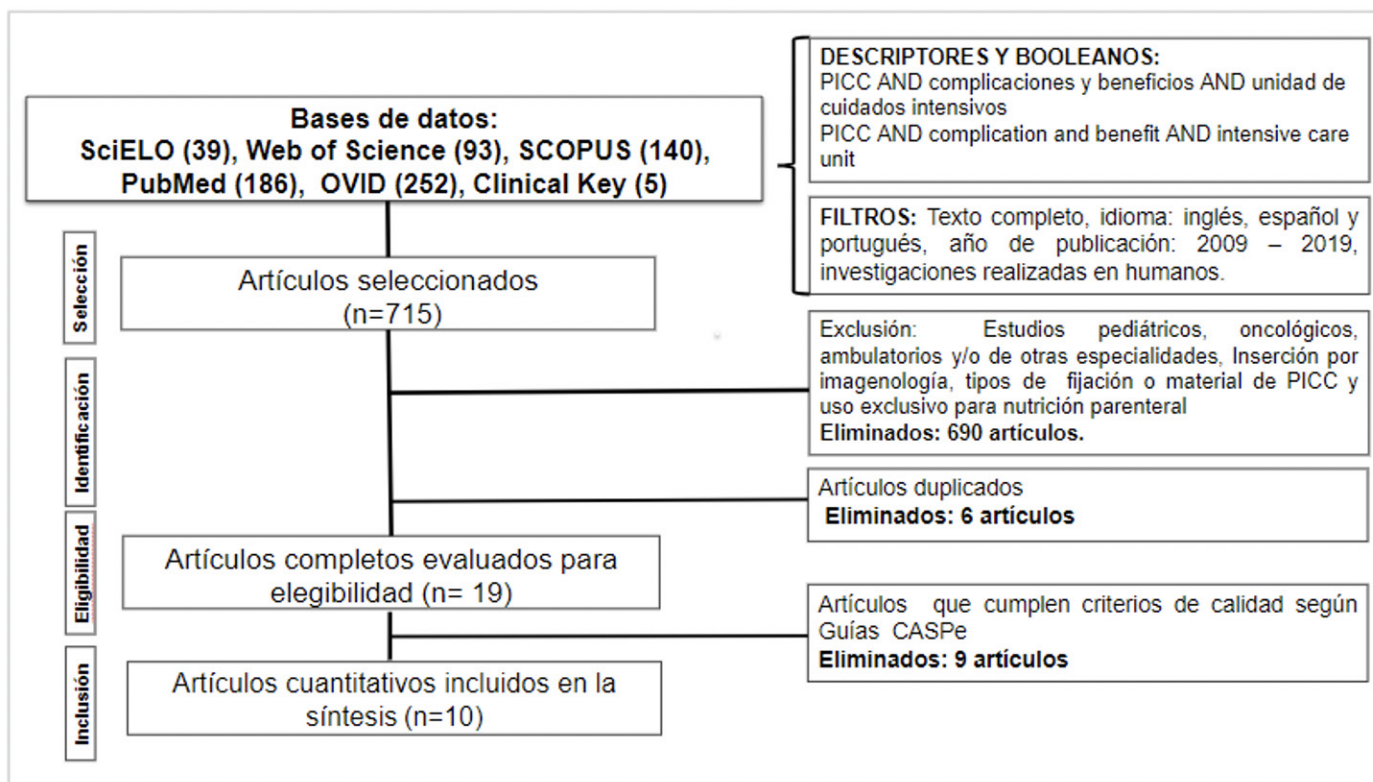
Posteriormente, se dio lectura al título y resu-

men de cada artículo aplicando como criterio de discriminación para eliminación: estudios realizados en pacientes pediátricos, oncológicos, ambulatorios y/o de otras especialidades no relacionadas a los cuidados intensivos, referidos a inserción por imagenología, tipos de fijación o material de PICC y aquellos de uso exclusivo para nutrición parenteral, con lo que se excluyeron 690 artículos.

Al comparar los 25 documentos recuperados, seis de ellos se encontraban duplicados, por lo que se incorporaron 19 artículos a la lectura crítica del texto completo, analizados según los criterios de rigurosidad propuestos por la Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) (13), lo que permitió obtener 10 artículos para incluir en la síntesis de la mejor evidencia para dar respuesta a la interrogante planteada.

Todo el proceso de selección y elección de artículos se puede observar en el diagrama de flujo de la figura 1.

FIGURA 1. DIAGRAMA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



La revisión bibliográfica realizada cumplió con todos los principios éticos nacionales e internacionales que rigen una investigación secundaria, sin existencia de conflictos de intereses, así mismo se respetó el derecho de autor, realizando la citación respectiva y otorgándole crédito a los autores revisados.

› Resultados

Caracterización de los artículos

Los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para conformar la muestra de esta revisión bibliográfica se caracterizan por ser:

5 documentos publicados entre 2011 a 2015 y 5 entre el 2017 a 2019.

8 artículos originales y 2 de revisión.

Entre los artículos de investigación se distingue 1 ensayo controlado prospectivo, 3 estudios de cohorte, 1 de tipo comparativo, 1 observacional prospectivo, 3 observacionales retrospectivos y 1 búsqueda sistemática.

Los países donde se realizaron las investigaciones fueron China, Estados Unidos, España, Irak - Reino Unido.

En la tabla 1, se presenta el título y objetivo de los diez artículos seleccionados.

TABLA 1. ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Título	Autor Principal	Año y País	Objetivo
Use of Peripherally Inserted Central Catheters as an Alternative to Central Catheters in Neurocritical Care Units (14).	Christi Delemos	2011 Estados Unidos	Evaluar los catéteres centrales de inserción periférica como una alternativa a los catéteres venosos centrales tradicionales en los centros de atención neurocrítico.
The Clinical Significance of Peripherally Inserted Central Venous Catheter - Related Deep Vein Thrombosis (15).	Jeffrey Fletcher	2011 Estados Unidos	Determinar la tasa de incidencia y la condición de sintomático de trombosis venosa relacionado a PICC en pacientes críticamente enfermos ingresados en UCI neurológica.
Central and peripheral venous lines - associated bloodstream infections in the critically ill surgical patients (16).	Mohamed Ugas	2012 Irak - Reino Unido	Resumir la evidencia sobre la incidencia de infección del torrente sanguíneo en líneas centrales y periféricas en pacientes críticamente enfermos quirúrgicos, y las medidas generales para la prevención e intervención.
Comparison of catheter-related large vein thrombosis in centrally inserted versus peripherally inserted central venous lines in the neurological intensive care unit (17).	Tomas Wilson	2012 Estados Unidos	Comparar las tasas de complicaciones relacionadas al PICC y CVC incluyendo la trombosis, la infección del torrente sanguíneo y complicaciones de inserción en una UCI neurológica.
Complication rates among peripherally inserted central venous catheters and centrally inserted central catheters in the medical intensive care unit (18).	Matthew Nolan	2015 Estados Unidos	Examinar patrones de incidencia, tiempo y predictores de las infecciones del torrente sanguíneo asociada a PICC.
Incidencia de Flebitis asociada a Catéteres Centrales de Inserción Periférica en UCI Adultos: Implementación de un Protocolo para Enfermería (19).	Yaniz Álvarez	2017 España	Comparar la incidencia de flebitis antes y después de la implementación a) Protocolo estandarizado que incluye la escala VIP (visión, infusión, flebitis) como herramienta de diagnóstico de flebitis en dos periodos distintos: P1: Oct 2012 -Feb 2013 y P2: Oct 2013 - Feb 2014. b) Conocer la incidencia de flebitis causadas por PICC's y analizar los factores relacionados con su desarrollo en pacientes hospitalizados en UCI. c) Comparar la incidencia de flebitis entre catéteres de 2 versus 3 lúmenes.

Título	Autor Principal	Año y País	Objetivo
The microbiological characteristics and risk factors for PICC-related bloodstream infections in intensive care unit (20).	Shumin Zhang	2017 China	Determinar las características de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el PICC en pacientes de UCI.
Complicaciones relacionadas con la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico (21).	María Lacoste-Pérez.	2018 España	Evaluar las tasas y la naturaleza de las complicaciones relacionadas con el PICC desde su inserción hasta su retirada.
Peripherally inserted central catheters in critically ill patients - complications and its prevention: A review (22).	Sona Duwadi	2018 Estados Unidos	Proporcionar una visión general de la literatura actual sobre complicaciones relacionadas con PICC y estrategias de prevención.
10 A Randomized Trial of Complications of Peripherally and Centrally Inserted Central Lines in the Neuro-Intensive Care Unit: Results of the NSPVC Trial (23).	Nicholas Brand	2019 Estados Unidos	Comparar complicaciones de PICC y CVC en una unidad de cuidados intensivos.

Se realizó un análisis narrativo del contenido de los artículos seleccionados, lo que permitió extraer los principales resultados, los que fueron

agrupados en beneficios y complicaciones asociadas al uso del catéter venoso central de acceso periférico, lo que se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2. BENEFICIOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE PICC EN PACIENTES ADULTOS DE UNIDADES CRÍTICAS.

Beneficios	Complicaciones
<p>Método eficaz y seguro en pacientes ingresados en la UCI (16,19-21).</p> <p>Permite el monitoreo hemodinámico (14,16,19-21).</p> <p>Administración de todo tipo de medicamentos endovenosos (16,19-22).</p> <p>Administración de productos sanguíneos (16).</p> <p>Administración de nutrición parenteral (16,19,20).</p> <p>Extracción de muestras de sangre (16,19-21).</p> <p>Uso prolongado (16,19,20).</p> <p>Es de bajo costo (20-22).</p> <p>Presenta menos complicaciones en la inserción en comparación con los CVC (14) ya que no existe daño a la pleura pulmonar durante la instalación (14,19-21).</p> <p>Disminuye el riesgo de hemorragia por punción accidental de grandes arterias (21).</p> <p>La instalación es una técnica que puede ser realizada por enfermería (21).</p> <p>La participación activa de la enfermera aporta a disminuir los riesgos de infección asociados (21).</p>	<p>Complicaciones mayores: fallas mecánicas, infección y trombosis, siendo estas dos últimas las más frecuentes y Complicaciones menores: flebitis, dolor y/o hematoma (22).</p> <p>Las complicaciones pueden disminuir la calidad de vida, aumentar la morbimortalidad, aumentar los costos de tratamientos y la estadía hospitalaria (22).</p> <p>La mayor cantidad de lúmenes o mayor diámetro del lumen aumenta el riesgo de infección (20).</p> <p>El desarrollo de infecciones del torrente sanguíneo relacionado al uso de PICC es mayor en algunas investigaciones y en otras indican que es menor que otros dispositivos (23).</p> <p>La presencia de trombosis venosa asociada a PICC es mayor en los PICC que en los CVC (18).</p> <p>Complicaciones como dolor, hematoma, reacciones cutáneas al apósito, resistencia al enjuagar y/o flebitis pueden corregirse con un tratamiento secundario conservador y no requieren la eliminación temprana del PICC (22).</p>

› **Discusión**

Los resultados de esta revisión dan a conocer los beneficios y las complicaciones asociadas al uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC), esta información permitirá incorporar su aplicación como una posibilidad de acceso vascular en pacientes de UCI y planificar cuidados de enfermería para su manejo y mantención, permitiendo prevenir o pesquisar precozmente situaciones de riesgo.

Entre los beneficios descritos por las diferentes investigaciones destaca que el PICC es un acceso vascular eficiente y seguro (16). Durante su instalación no presenta riesgo de daño a la pleura evitando el neumotórax o hemorragias por punción arterial, situaciones que se observan frecuentemente en la inserción de vías centrales, sobre todo cuando se utilizan como acceso las venas subclavas o yugulares (8,14,19-21), y puede ser usado por periodos prolongados de tiempo (16,19,20), lo que permite disminuir los costos (20-22) de insumos y de recurso humano para la instalación.

La evidencia encontrada muestra que el PICC puede cumplir las mismas funciones que un catéter venoso central de instalación central. Es un dispositivo vascular de gran versatilidad, puede ser utilizado para realizar monitoreo hemodinámico de la PVC (14,16,19-21), para la administración de medicamentos endovenosos incluyendo fármacos citotóxicos y vesicantes (16,19-22), así como la administración de Nutrición Parenteral (16,19-21), además de ser utilizado para la extracción de muestras sanguíneas (19,20).

Es importante destacar, que la instalación de este catéter puede ser realizado por profesionales de enfermería capacitados, quienes además han sido considerados como el profesional clave en la disminución de los riesgos asociados a su uso

(22), cumpliendo así su responsabilidad legal en la gestión del cuidado en lo relativo a la mantención y restauración de la salud y en la administración de los recursos de asistencia para el paciente, según lo establecido en el Código Sanitario chileno (24).

En cuanto a las complicaciones asociadas al uso de PICC, es importantes considerar que pueden llegar a generar disminución de la calidad de vida, aumento de la morbimortalidad, aumento de los costos de tratamientos y aumento en la estadía hospitalaria. Una revisión bibliográfica realizada en Estados Unidos en el año 2018 clasificó las complicaciones en dos tipos: a) mayores, entre las que se encuentran la infección, trombosis, fallas mecánicas y b) complicaciones menores como la flebitis, dolor y/o hematoma, de estas complicaciones las que se presentan con mayor frecuencia en los usuarios de PICCs son las infecciones y trombosis (22).

Las complicaciones menores como el dolor, hematoma, reacciones cutáneas al apósito, resistencia al enjuagar y/o flebitis pueden corregirse con un tratamiento secundario conservador y no requieren la eliminación temprana del PICC (22).

Respecto a las infecciones, se han encontrado algunas divergencias en los pacientes hospitalizados en UCI, por un lado, hay investigaciones que no han reportado infecciones asociadas a su uso (23), mientras que en otros estudios casi un cuarto de los pacientes con PICC las presentaron (21), en todo caso su prevalencia en pacientes de larga estadía en UCI ha resultado más baja en comparación con las mostradas por los usuarios de CVC (16). Ante esto, la principal medida preventiva para reducir la complicación infecciosa es mantener una técnica estéril estricta y una correcta desinfección de la piel, tanto durante la instalación, como en el manejo posterior (22).

Es relevante considerar que existen algunas características que aumentan el riesgo de infecciones del torrente sanguíneo asociadas al uso de PICC, entre ellas un mayor calibre de catéter, mayor número de lúmenes (20) o mayor número de intentos de punción durante la instalación (21).

En lo relacionado con la trombosis venosa como complicación, existe consenso en que se presenta con mayor incidencia en los PICC en comparación con los CVC (18). Se encontraron dos investigaciones norteamericanas que informaron entre 3 y 7 veces más trombosis, afectando entre un 4% (18) y un 8% (15,17) de los pacientes usuarios de PICC. Los estudios mostraron que el número de días de uso de los PICC es mayor que para los CVC, lo que puede explicar en parte la mayor tasa de trombosis (17,18). En cuanto al diámetro de la línea del catéter y la ubicación de la inserción no mostraron relación con la generación de trombosis (15).

Actualmente no hay protocolos unificados para el manejo del PICC, existen varios estudios que apuntan a la necesidad de elaborar guías de manejo para su adecuado uso en las Unidades de Paciente Crítico, enfatizando las ventajas de una utilización estandarizada que beneficiaría al paciente crítico (19).

› Conclusiones

A partir de esta revisión de la literatura científica, se pudo evidenciar que es su mayoría son países europeos y norteamericanos los que han desarrollado investigaciones sobre el uso y manejo de los PICC, lo que permitió realizar el presente trabajo y determinar sus principales ventajas y complicaciones. Esto también muestra que en Latinoamérica podría existir un escaso uso de este dispositivo o es una temática poco abordada en investigaciones desarrolladas en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos.

La evidencia mostró que el uso del PICC es una alternativa de acceso vascular efectiva y segura, y posee grandes ventajas como un bajo costo, su instalación puede ser efectuada por personal de enfermería capacitado, y presenta menos riesgo de infecciones u otras complicaciones en relación al uso del clásico CVC.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen complicaciones asociadas a su uso, como todo procedimiento invasivo utilizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, entre ellas destaca la trombosis. La enfermera juega un rol importante en la prevención y pesquisa precoz de estas complicaciones ya que posee competencias y habilidades para planificar y ejecutar cuidados adecuados para su mantención y/o retiro de ser necesario.

Es relevante contar con estudios que puedan abordar la participación de la enfermera en el proceso de instalación a nivel latinoamericano, lo que permitirá utilizar un acceso vascular ventajoso, aportando beneficios a los pacientes críticos. En consecuencia, a lo expuesto, se requerirá también la capacitación y entrenamiento de las habilidades técnicas del profesional de enfermería que trabaja en Cuidados de Intensivo para que asuma esta técnica como parte de sus funciones.

También es importante generar consensos en cuanto al manejo del PICC en Unidades de Cuidados Intensivos, generando protocolos estandarizados para determinar su uso en reemplazo del CVC o evaluar las indicaciones absolutas y relativas para instalarlos en pacientes críticos, considerando la gravedad del paciente, requerimientos de procedimientos y fármacos, entre otros.

› Referencias bibliográficas

1. Imigo F, Elgueta A, Castillo E, Celedón E, Fonchac C, Lavanderos J, et al. Accesos Venosos

Centrales. Cuad Cir. 2011; 25(1): 52-8.

2. Cárcoba N, Ceña S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. *Enferm glob*. [Internet]. 2010 (oct) [acceso 23 sep 2019]; (20). Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.3.110901>

3. Soriano E, García J, Blaya F, Islán M, Gallego LT, Franco-López A, et al. Dispositivo de fijación, cierre y acoplamiento para catéter de perfusión intravenosa. *Nutr Hosp*. 2015; 32(3): 1382-5.

4. Sánchez-Arzate K, Molina-Méndez F. Estado actual del catéter venoso central en anestesiología. *Rev Mex Anest*. [internet]. 2014(abr-jun). [acceso 15 oct 2019]; 37 (Supl 1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141am.pdf>

5. Rivas R. Complicaciones mecánicas de los accesos venosos centrales. *Rev Med Clin Condes*. 2011(may); 22(3): 350-60.

6. Ferrer C, Almirante B. Infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014 (feb); 32(2): 115-24.

7. Bodenham A. Acceso vascular. *Rev Med Clin Condes*. 2017 (sep-oct); 28(5): 713-26.

8. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Envía indicadores de referencia de infecciones asociadas a la atención en salud vigentes desde mayo 2019. Chile. 2019.

9. Ibáñez J. Control de los catéteres venosos centrales: cuidados de enfermería. *Diálisis y trasplante*. 2011 (jul-sep); 32(3): 125-6.

10. Arroyo L, Barea J. Catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC). Ventajas, inconvenientes y conocimientos de enfermería.

Ciberrevista. [internet] 2017 (mar-abr). [acceso 22 sep 2019]. (57). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2017/pagina7.html>

11. Subirana M, Fargues I. Enfermería basada en la evidencia. En: *Difusión Avances de Enfermería. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia de los cuidados*. Madrid (España): DAE; 2004. p. 9-14.

12. Santos C, Pimenta C, Nobre R. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagen*. [internet]. 2007 (jun). [acceso 13 oct 2019]; 15(3): 508-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

13. Cabello J. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico: 11 preguntas para entender un ensayo clínico. En: *CASPe. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica*. Alicante. CASPe; 2005. Cuaderno I p. 5-8.

14. DeLemos C, Abi-Nader J, Akins P. Use of peripherally inserted central catheters as an alternative to central catheters in neurocritical care units. *Crit Care Nurse*. 2011 (abr); 31(2): 70-5.

15. Fletcher J, Stetler W, Wilson T. The clinical significance of peripherally inserted central venous catheter-related deep vein thrombosis. *Neurocrit Care*. 2011(may); 15: 454-64.

16. Ugas M, Cho H, Trilling G, Tahir Z, Raja H, Ramadan S, et al. Central and peripheral venous lines-associated blood stream infections in the critically ill surgical patients. *Ann Surg Innov Res*. [internet]. 2012 (sep). [acceso 26 sep 2019]; 6(1). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1750-1164-6-8>

17. Wilson T, Stetler W, Fletcher J. Comparison of catheter-related large vein thrombosis in cen-

trally inserted versus peripherally inserted central venous lines in the neurological intensive care unit. *Clin Neurol Neurosurg*. 2013 (jul); 115(7): 879-82.

18. Nolan M, Yadav H, Cawcutt K, Cartin-Ceba R. Complication rates among peripherally inserted central venous catheters and centrally inserted central catheters in the medical intensive care unit. *J Crit Care*. 2016 (feb): 31 (1); 238-42.

19. Álvarez F, Ajona P, Díaz E, Senar J, Garralda N, Morales A, et al. Incidencia de Flebitis asociada a Catéteres Centrales de Inserción Periférica en UCI Adultos: Implementación de un Protocolo para Enfermería. *Enferm Glob*. [internet]. 2017(ene). [Acceso 16 sep 2019]; 16(45): 416-37. Disponible en: <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.248081>

20. Zhang S, Sun X, Lei Y. The microbiological characteristics and risk factors for PICC-related bloodstream infections in intensive care unit. *Sci Rep*. [internet]. 2017 (nov). [acceso 12 sep 2019]. 7(1); 15074. Disponible en: <http://doi.org/10.1038/s41598-017-10037-2>

21. Lacostena-Pérez M, Buesa-Escar A, Gil-Alós A. (2018). Complicaciones relacionadas con la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico. *Enferm Intensiva*. 2018 (jul-sep): 30(3): 116-26.

22. Duwadi S, Zhao Q, Singh B. Peripherally inserted central catheters in critically ill patients – complications and its prevention: A review. *Int J Nurs Sci*. 2019 (ene); 6(1): 99-105.

23. Brandmeir NJ, Davanzo JR, Payne R, Sieg EP, Hamirani A, Tsay A, et al. A randomized trial of complications of peripherally and centrally inserted central lines in the neuro-intensive care units: results of the NSPVC trial. *Neurocritic Care*. 2019 (abr); 32(2): 400-6.

24. Código Sanitario. Decreto con fuerza de Ley N° 725. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 11 – 12 – 67, última modificación 13 – 09 – 2011).

Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica

Autora:

María Antonieta Silva Muñoz¹. Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería. Académica Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. Estudiante de Doctorado en Enfermería Universidad Andrés Bello, Viña del Mar. E-Mail: antonieta.silva@uv.cl

Fecha de Recepción: 03.03.2020

Fecha Aceptación: 09.11.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2722>.

› Resumen

La Gestión del Cuidado se fundamenta en valores universales y conocimientos que emergen de otras ciencias y de la propia disciplina y ciencia de Enfermería, amparado en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad, integralidad de la atención y bienestar de las personas. **Objetivo.** Mediante análisis epistemológico del concepto de Gestión del Cuidado de Enfermería, se pretende comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia Enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión. El conflicto teórico-práctico sigue siendo para la Ciencia Enfermería una preocupación constante, escenario que se entrelaza con la Gestión del Cuidado. Existen grandes desafíos pendientes para que este constructo se reconozca y valore no sólo por Enfermería, sino también por otras disciplinas para articularse con otras profesiones sanitarias y evidenciar objetivamente los beneficios en la acción de cuidar; posicionamiento crucial que le permitiría estar inmersa en la política pública de salud e ingresar operativamente a los servicios públicos y privados; trabajo que debería emerger conjuntamente desde la actividad gremial, academia, investigación y acción legislativa.

› **Palabras claves:** Organización y Administración, Atención de Enfermería, Administración de los Servicios de Salud (DeCS- BIREME).

Management of nursing care from an epistemological reflection

› Abstract

Care Management is based on universal values and knowledge that emerge from other sciences and from the discipline and science of Nursing itself, supported by strategic processes that seek quality, continuity, integrality of care and welfare of people. Objective. Through epistemological analysis of the concept of Nursing Care Management, it is intended to understand its origin, how it is articulated with the discipline and science of Nursing, difficulties in its application and pending challenges within the discipline and profession. The theoretical-practical conflict continues to be a constant concern for Nursing Science, a scenario that is intertwined with Care Management. There are great pending challenges so that this construct is recognized and valued not only by Nursing, but also by other disciplines to articulate itself with other sanitary professions and to objectively evidence the benefits in the action of taking care; crucial positioning that would allow it to be immersed in the public policy of health and to enter operationally to the public and private services; work that should emerge jointly from the union activity, academy, investigation and legislative action.

› **Keywords:** Organization and Administration, Nursing care, Health Services Administration (DeCS- BIREME).

› Introducción

El cuidado humanizado debe convertirse hoy en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado, constructo amparado en valores universales y conocimientos que emergen de la disciplina y ciencia de enfermería, además de otras ciencias, amparándose en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad e integralidad de la atención y bienestar de las personas (1-4). Pero desde una mirada epistemológica ¿cómo emerge el concepto de Gestión del Cuidado?, ¿cómo se articula con enfermería desde el punto disciplinar y ciencia?, ¿qué dificultades se han presentado para su instauración a nivel institucional?, ¿qué avances y desafíos están pendientes para su amplio reconocimiento y aplicación?

Aristóteles, señala a la epistemología como la ciencia que tiene el objetivo de conocer los objetos en su naturaleza y en sus causas. Es producto de la interacción de las personas con el medio y mediante un proceso reflexivo del ser humano, que se organiza el saber válido hasta llegar a sistematizarlo (5). El estudio epistémico de enfermería debe centrarse entonces en su historia (6), en su crecimiento vertebral teórico, en su desarrollo científico y articulación profesional; recolectado con años de experiencia teórico y práctica (7,8). La enfermería es una disciplina joven, iniciada en los últimos 50 años, pero sus raíces nacen con la humanidad y puede considerarse un arte milenario dedicado siempre al cuidado del otro, que ha evolucionado desde su práctica empírica, hasta el desarrollo de teorías y filosofía propia (9,10).

En un comienzo el cuidado fue concebido como vocación de servicio, ciñéndose a un conocimiento empírico alcanzado a través de la praxis, posteriormente el fundamento teórico reunido en los conceptos centrales metaparadigmáticos y epis-

témicos desarrollados por enfermería entregan el sustento disciplinar en su aspecto abstracto a través de los modelos conceptuales y grandes teorías y un sustento más cercano a la práctica, a través de las teorías de rango medio y microteorías (1,10-12), pero no sin reconocer que el conflicto teórico-práctico continúa siendo una preocupación para esta ciencia principiante (11,13).

El objeto del conocimiento de enfermería ha sido históricamente delimitado por los cuidados prodigados a las personas y familias, centrado en las necesidades individuales y colectivas cambiantes tanto físicas como psicológicas en el contexto social y cultural de los problemas de salud y enfermedad (14). Los cuidados humanos son un fenómeno universal y de gran variabilidad entre las diferentes culturas, lo que determina que el cuidado que se otorgue también lo sea (10).

El concepto de cuidar forma parte fundamental del cuidado humanizado de enfermería, el que debe permanecer no sólo como una concepción abstracta de ayuda entre la enfermera y usuario, debiendo convertirse entonces en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado (4).

El objetivo de esta reflexión es realizar un análisis epistemológico del concepto de “Gestión del Cuidado de Enfermería”, que aporte a comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia de enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión.

› Análisis conceptual

La gestión es un concepto proveniente de la rama gerencial y acuñado por enfermería en los años sesenta bajo el término administración, que alude

al proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos de una organización para cumplir los objetivos con eficacia y eficiencia, que más tarde en los años ochenta pasó a denominarse gestión. Este nuevo concepto amplía e integra el proceso de la toma de decisiones del cuidado profesional dentro de un contexto económico, financiero y político que se requiere operacionalizar (15). El cuidado centrado en la persona y familia, que interactúa con un entorno permanentemente dinámico permite ligar y complementar la ciencia y el arte de enfermería en perfecta consonancia para organizar y coordinar los recursos necesarios, además de evaluar la calidad de los cuidados que se proveen (16). No obstante, para este propósito puede resultar importante dialogar y trabajar en estrecha colaboración con otras disciplinas de la salud (17).

Madeleine Leininger advierte, si algo está claro en enfermería es su estrecha dependencia con los cuidados (18). Por su parte, Martin Heidegger señala desde un punto de vista óntico, “el ser es el hombre” que requiere ser asumido y estudiado en su aceptación más general y comprensiva, para evitar ante todo el riesgo de subestimar lo esencial de éste y de caer en la “imparcialidad” de la indagación y ser estudiado desde lo cotidiano (19). Entonces, “Cuidar es más que un acto; es una actitud” (20). La profesión de enfermería debe contribuir a evidenciar y consolidar la discusión filosófica y científica, para que germine así la estrecha relación entre el cuidado profesional, “concebido como una profunda expresión de humanismo, y la dignidad e individualidad de las personas que cuidamos” (21,22). Sin embargo, los comienzos de la enfermería institucionalizada, la liga a lo religioso, circunscrito a un régimen hegemónico bajo la figura masculina del modelo medicalizado, ha desarrollado una disciplina domesticada y sometida (23). Un sistema patriarcal que persiste hasta

hoy, que pareciera imponer a las enfermeras a una “condición alienada, sumisa, abnegada y secundaria socialmente”(24).

En este contexto, el escenario de la profesión de enfermería históricamente ha estado marcado por la sumisión y la obediencia patriarcal y con una incuestionable superioridad jerárquica médica, registrado explícitamente en los manuales y artículos de enfermería de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, donde la enfermera era considerada sólo un medio por el cual el médico conseguía que sus instrucciones se cumplieran. Estudios sociológicos relacionan esta conducta en términos de estereotipos de género, donde se contraponen la protección y la pasividad del rol femenino versus la decisión y competencia del rol masculino de la época. La diferencia de clase social también jugó un rol importante, puesto que la mayoría de las enfermeras provenían de clases sociales humildes, mientras que la mayoría de los médicos provenían de clases sociales y económicas acomodadas (25), respondiendo así a la moral de los aristócratas, que alude a que la pertenencia de los integrantes de una organización a determinadas clases sociales influye en el comportamiento individual, colectivo y organizacional (23).

Lo señalado se observa en lo escrito por Florence Nightingale en sus notas en 1860, una enfermera debería ser “devota y obediente” (26). Es posible, que la diferencia de capacitación académica entre las enfermeras y médicos también impacte sobre este equilibrio, puesto que se entrega socialmente mayor valoración a los conocimientos científicos biologicistas en que se sustenta la profesión médica (25). Margaret Newman y Alaf Meleif dos importantes teoristas de enfermería, coinciden que durante las primeras décadas del siglo pasado el conocimiento de enfermería se basó en el del médico, aun teniendo educación universi-

taria autónoma (10). No obstante, esta condición de desventaja y sumisión hacia otros profesionales se mantiene en la actualidad en enfermería, restándole poder dentro del equipo de salud, afectando además la imagen de liderazgo que el docente pretende proyectar en la práctica clínica a sus estudiantes y validando la posición de dominación (27). Estudios realizados con enfermeras, estas manifiestan que su condición de subordinación se debe a que “ellos saben más”. Esta brecha prevalente ha generado múltiples problemas de comunicación entre estos dos profesionales, lo que podría traducirse riesgosamente en omitir la priorización de las necesidades y seguridad del usuario como primer núcleo de la atención humanizada (25, 28).

Madeleine Leinenger reconoce que las enfermeras han asumido una posición demasiado etnocéntrica, además de estar excesivamente próxima a los intereses de la medicina y que la práctica profesional, impresiona que no ha sido tan integral como lo dice el discurso, puesto que la mayoría de los usuarios perciben la atención enfatizada en aspectos biológicos (29). Por su parte, Jean Watson en la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, se hace necesario el rescate en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales enfermeros (30).

El cuidado personalizado es el engranaje esencial de la humanización del cuidado y es la gestión del cuidado quien dirige y asegura que este cuidado se proporcione en consonancia, de esta manera, se trata de un “proceso heurístico” que administra el recurso humano y su entorno para conservar y propiciar la salud de las personas, donde el profesional “planea, organiza, conduce, motiva y controla la provisión de cuidados”(4). De esta manera,

emerge la “Gestión del Cuidado en Enfermería”, orientada primordialmente a satisfacer las necesidades de las personas en forma segura, reorientando las estrategias y acciones de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso entre los profesionales del equipo enfermería, de otras disciplinas y las autoridades institucionales de salud (16). La gestión fue acuñada por enfermería en la década de los sesenta, utilizando el término latino de “administración”, refiriéndose al proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos (31). Más tarde durante los años ochenta, pasaría a utilizarse el término “gestión”, como un concepto más amplio y que reúne aspectos económicos, políticos y financieros en la toma de decisiones (32).

En Chile, a través de la Ley N° 19536 (33), se introduce un inciso al artículo 113 del Código Sanitario que rige las funciones de enfermería, definiendo el rol social de la enfermera y asignándole tres grandes funciones: la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos humanos y materiales de asistencia para el usuario (34,35). Esta función fue también definida por la Comisión de Legislación en Enfermería en la Norma N°19 como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (36), pero circunscrita a la atención cerrada, así mismo, expresa que la Gestión del Cuidado es un componente básico para el desarrollo de la Gestión Clínica (35,36), provocando una situación interpretativa confusa en la determinación del alcance para otras disciplinas de la salud, además de un cuestionamiento de la estructura organizacional, surgiendo la eventuali-

dad de ser ejercida por otro profesional (37).

Es así como el Colegio Médico de Chile ha reconocido la importancia de la creación e implementación de las unidades de Gestión del Cuidado a nivel hospitalario, pero discutiendo la idoneidad de las enfermeras para gestionar estas unidades, insistiendo que éstas deben quedar bajo la dependencia de la Subdirección Médica del establecimiento y mostrando una evidente preocupación por las modificaciones en la tradicional estructura jerárquica que se producirían al hacer estas unidades independientes a su supervisión (38,39).

No se puede desconocer los logros obtenidos hasta ahora en ámbitos legales, políticos y aspectos operativos de la gestión del cuidado, sin embargo, si bien se define en forma general la labor autónoma de enfermería en la gestión del cuidado y sin la tuición de cualquier otra profesión, no se clarifican cuáles son sus alineaciones específicas, ni a qué áreas se aplica, lo que dificulta la valoración precisa del cumplimiento profesional para este propósito. Probablemente estas sean las razones por las cuales este propósito no está interiormente desarrollado en los hospitales y a los profesionales enfermeros les ha resultado complejo hacer la distinción conceptual y práctica entre atención de enfermería, gestión en general, gestión clínica y gestión del cuidado (40). Hasta la fecha, la gestión del cuidado no cuenta con estándares de calidad medibles, que permitan visibilizar y evaluar científicamente y con evidencia este accionar (41), no obstante, es un desafío pendiente que requiere de un esfuerzo colaborativo (2).

En América Latina y en Chile en particular, la gestión sanitaria forma parte de un cuerpo de estrategias de políticas públicas de salud, sin hacer distinción entre lo público y privado, y es parte central de las reformas del sector sanitario en respuesta a los cambios epidemiológicos, sociales,

políticos y económicos, constatándose reales problemas de inequidad y centralización (32) y donde la administración de los hospitales públicos no ha estado exenta de las desigualdades sociales (14), dividiéndose en dos períodos: uno de valores modernos donde prima como único objetivo la provisión de cuidados en salud a la población, demandando un muy elevado presupuesto sanitario, con falta de coordinación entre niveles de atención y recursos humanos desaprovechados, y otro de valores posmodernos, donde es analizado bajo el contexto de la calidad total y avalado por grandes reformas de salud, donde prevalece el modelo de la eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios, primando para ello la política de autogestión en Red. En este modelo sin embargo, aspectos de formación y planificación del recurso humano en salud continúan pendientes, puesto que aunque se intente mejorar la calidad de los cuidados, impera un modelo economicista que debe permanentemente reducir costos de procedimientos y tecnología cada vez más caros(42). En este sentido, un estudio de la Universidad Católica de Chile de fines del 2011 encargado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), analizó la operación financiera de 16 de los principales hospitales, concluyendo que los costos sanitarios, son en promedio, un 84% más altos que el financiamiento que reciben los recintos por los mismos ítem (43).

A nivel latinoamericano, en busca de un consenso sobre la gestión del cuidado, emerge en el año 2008, la Red Internacional de Gestión del Cuidado de Enfermería (RIGCE) presente hoy en 12 países como: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cota Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay México y España. Dentro de los lineamientos estratégicos declarados en el año 2017, se describe analizar la conceptualización y desarrollo de la gestión del cuidado tanto en el ejercicio profesional como académico. En las aspiraciones de esta organiza-

ción se encuentra la generación de conocimiento colaborativo, que permita mejorar la calidad de la atención de salud y fortalecer principalmente la gestión del cuidado, la que es señalada como un área de dominio de enfermería (3).

La gestión del cuidado de las enfermeras en Chile y América Latina especialmente de instituciones públicas que intenta promover un cuidado humanizado, se enfrenta diariamente a la falta de empoderamiento y sobrecarga asistencial con tres aristas relevantes a atender: la primera corresponde a las evidentes necesidades de personas que mantienen prevalentes desigualdades sociales (14), la segunda, el modelo hegemónico médico que rivaliza con las demás profesiones en salud por mantener su superioridad jerárquica y retener en sus profesionales los cargos directivos de las unidades clínicas (26,42) y en tercer lugar, los requerimientos institucionales de hospitales adeudados e impregnados de un modelo biomédico y curativo, que se les exige calidad y seguridad del usuario, pero promoviendo a diario para subsistir una economía a escala (44), sumiéndose en los paradigmas dominantes del positivismo lógico y neopositivismo, en respuesta al prevalente interés por la predicción y control (45).

De acuerdo a la Teoría de Parsons, las instituciones hospitalarias son subsistemas sociales que tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en las personas que ingresan a ellos, un control social, de tal forma que rápidamente deben adaptarse, para convertirse en actores de esta estructura organizacional y funcional, que edifica una estructura organizativa e instala procedimientos y rutinas, favorece u obstaculiza procesos de cambios, genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico normativo (46,47). El rol de enfermería en las instituciones de salud, especialmente hospitalarias, obedece como

lo señala Watson a una conducta institucionalizada (48) y que empobrece y anula las acciones cuidadoras que emergen de un modelo diferente del biomédico, reduciendo el actuar cotidiano del cuidado al accionar procedimental, agregando limitación de su autonomía profesional en el ejercicio de su quehacer diario (46).

En este contexto es importante analizar el concepto “término medio” utilizado por Martin Heidegger, el cual podría emplearse para resolver este conflicto de comprensión, ya que lo describe como el análisis estructural del ser que no aísla una de las tareas en desmedro de otras, teniendo presente que lo distintivo del hombre entre las cosas es el hecho de estar referido a sus posibilidades, es decir, su potencialidad permanente de este ser en el mundo en forma dinámica y nos convoca como profesionales a consensuar que la objetividad es imprecisa e inadecuada para esta concepción humana. “Las cosas son ante todo instrumentos y siempre se es instrumento para algo”, en esta perspectiva, Heidegger señala que el mundo no es la suma de las cosas, sino que es la condición para que aparezcan las cosas individuales, teniendo presente que no hay mundo si no hay “Dasein”, en otras palabras, el hombre o el ser de Heidegger no es sólo o principalmente un estar en medio de una totalidad de instrumentos, sino que es un estar familiarizado con una totalidad de significados, donde lo que importa no es solo el efectivo fin, sino el valor y significado que involucra para cada ser (19). Con ello, se hace presente que la gestión del cuidado debe afanarse en el cuidado de las personas como fundamento ontológico y epistémico de la profesión, donde la instrumentalización, lo procedimental, la tecnología y la gestión misma, son sólo el medio para cuidar al hombre dentro de su cotidianidad, considerando que se trata de un ser demandante, inconstante, particular, pleno de significados diferentes, en un

entorno cambiante y que nos demanda estudiar y conocer permanentemente a través del enfoque integrador de paradigmas de la filosofía que faciliten un pensamiento crítico, lógico y reflexivo, impidiendo la automatización y promoviendo un actuar carente de prejuicios e intereses de poder y dialéctica materialista (9).

Por su parte, corrientes de la Escuela de Frankfurt, como la Teoría Crítica que nace con los filósofos Horkheimer y Adorno, cuestionan la modernidad en términos que alimentan un alineamiento en las personas que no es visibilizado. Del mismo modo, el paradigma emancipatorio que surge con Habermas fundamentado en las ciencias sociales y filosóficas, centra sus estudios en la racionalidad moderna, el interés del conocimiento, la teoría de la acción comunicativa y el proceso de emancipación, cuyo interés es la liberación propia de la reflexión de las disciplinas críticas, señalando que el conocimiento tiene un carácter liberador y ético, más que dominador y técnico. La investigación se ha utilizado para legitimar la enfermería como profesión, y esta ha hecho un esfuerzo significativo durante los siglos XX y XXI por desarrollar el cuerpo de conocimientos necesario para la atención de salud de las personas (49,50). El interés del paradigma emancipatorio es reconocer la realidad psicológica, cognitiva, moral, política y social de todos quienes participan en la investigación, para centrarse en el entendimiento de la colectividad y provocar así un cambio sistémico y transformador desde la teoría a la práctica en el interior de las estructuras sanitarias, creando relaciones colaborativas y no competitivas, desarrollando estrategias de negociación del poder, creando ambientes participativos y fomentando especialmente el pensamiento crítico (45).

A su vez, en el contexto académico de la formación de enfermeras en Chile, la gestión del cuidado se

ha visto incorporada a nivel curricular como una necesidad desde el punto de vista disciplinario e impulsada por la creciente complejidad del ejercicio de la actividad sanitaria, que busca responder a usuarios con mayores tasas de enfermedades crónicas y poseedores de patologías cada vez más complejas en que la discapacidad está muy presente y donde la crisis del envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida, la incorporación de nuevas tecnologías, repercute en la complejidad del cuidado a realizar y por ende compromete a un uso eficiente de recursos (37,50).

Del mismo modo, resulta relevante en la gestión del cuidado la importancia que se le atribuye al logro de ciertas competencias en la formación de los profesionales enfermeros en su integridad, desde la selección de las personas interesadas en el estudio de la enfermería, la incorporación de éstas competencias a los objetivos educativos de la institución formadora, su constante y continuo reforzamiento en pregrado, así como su desarrollo durante la formación de postgrado (51). Así también, se reconoce que en la formación de enfermeras gestoras la preparación para el liderazgo es un elemento crítico (50,52).

› Consideraciones finales

Enfermería tiene la necesidad de concebir el cuidado para equilibrar la conjunción del ser para hacer y el hacer para ser, lo primero se refiere a generar el ámbito teórico para sustentar una praxis reflexiva y holística, basada en la satisfacción de las necesidades de los usuarios y en segundo lugar generar nuevos conocimientos para gestar la evidencia científica de su propia disciplina que sustente no sólo una mayor identidad y reconocimiento profesional, sino para provocar mayor conciencia en los propios profesionales enfermeros, sobre el papel que la profesión debe refle-

jar como gestor de un cuidado que la población demanda y exige en una sociedad cada vez más teñida por demandas sociales y emancipatorias, todos elementos precursores en la redefinición de salud y cuidado con un enfoque biosicosocial, donde los principios de autonomía, respeto a la dignidad, cultura y forma de organización equitativa, incluyente y justa, sean parte esencial de la práctica cotidiana de la profesión en el interior de las instituciones de salud (3,49,51).

El camino de los profesionales enfermeros para hacerse cargo en plenitud de la gestión del cuidado es complejo, no obstante, una formación del profesional de enfermería que explicita la “Gestión del Cuidado” como eje articular del perfil de egreso, sumado a la necesaria producción de conocimiento desde la investigación propia de su quehacer, pueden sentar las bases para obtener discernimiento propio, otorgando así un cuidado preciso, juicioso y ético, que le otorgue a la enfermería una avance disciplinar y profesional autónomo (45,53).

La responsabilidad social de la gestión del cuidado implica una renovada modalidad de atención en enfermería, haciendo necesario que múltiples elementos confluyan en el estudio de las necesidades humanas, como lo es la docencia, la investigación y la permanente evaluación de la efectividad y eficiencia de la atención, sin olvidar el presupuesto económico siempre presente detrás de toda política pública de salud. Sólo cuando estos elementos se trabajen paralelamente, la legislación y el ordenamiento jurídico se podrán realizar los cambios sustanciales correspondientes (54). La evidencia científica de la implementación de la gestión del cuidado es aún escasa y no entrega evidencias suficientes para determinar su impacto, se espera que las acreditaciones hospitalarias puedan aportar experiencias suficientes

para una evaluación objetiva (41,53). Así mismo, la apropiada articulación, discusión, diálogo y coordinación de la gestión del cuidado con otras profesiones sanitarias (26), puede ser el elemento clave para otorgar mayor fuerza y riqueza al cuidado humanizado, objetivo principal que nos debe convocar como disciplina y ciencia (1).

➤ Referencias Bibliográficas

1. Espinoza A, Enríquez C, Leiva M, Catañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI (2): 39–49. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_05.pdf
2. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación Y Medición. *Rev méd Clín Las Condes*. 2018; 29(3): 278–87.
3. Ferreira A, Galdames L. Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la cobertura universal de salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 21 feb 2021]; 32(3): 190–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf20117.pdf>
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Mayor F. *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson, Barcelona, España; 167 p.
5. Tamayo M. *El Proceso de la Investigación Científica*. 4ta. ed. Mexico DF: Editores LN; 2003. 19 p.
6. Bunge M. *Epistemología*. 3ra ed. Siglo Buenos Aires (Argentina): XXI Editores; 2002. 252 p.
7. Siles J. *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enferm Clínica*. 1997; 7(4): 188–94.

8. Siles J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av enferm.* 2010; 28: 120–9.
9. Diaz MG. Filosofía de la Ciencia del Cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. *RICS* [Internet]. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 2(3): 21–35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045738>
10. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave* [Internet]. 2011 [acceso 21 feb 2021]; 11(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001>
11. Ariza C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm Univ.* 2011; 8(2):18–24.
12. Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichan.* 2012. 12 (2): 160-8.
13. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan.* 2007; 7(2): 161-73.
14. Arriagada I. La crisis del cuidado en Chile. *Rev Ciencias Soc.* 2010; 27: 58–67.
15. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepo-vich-Beroni J, Aguilera-Rojas P, Vilchez-Barboza V. La gestión del cuidado : una función social y legal de la enfermería chilena. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; (29). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n29/1409-4568-enfermeria-29-00108.pdf>
16. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13 (44-45): 42–6.
17. Adam E, Somalo ME. Hacia donde va la enfermería. Madrid (España); Interamericana editores. 1982. 118 p.
18. Leininger M. Care. The essence of nursing and health. Wayne Sate University Press, editor. Detroit; 1988. 1–237 p.
19. Vattimo G. Introducción a Heidegger. 4ta Reimpresión. Barcelona (España); Editorial Gedisa SA 2009. 192p.
20. Barbosa L, Azevedo S. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm.* 2006; 15(54): 20–4.
21. Salcedo RA, Huerta S, Bustamante S. Enfermería: la némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. *Enf Neurol* [Internet]. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 12(2): 98–101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132h.pdf>
22. Hernando A. La gestión del cuidado. *Rev Enferm CyL* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; 7(2): 61-5. Disponible en: <file:///C:/Users/angel/Downloads/162-479-1-PB.pdf>
23. Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm.* 2005; 14(50): 7-9.
24. Irigibel-Uriz X. Los patrones de conocimiento (No) Posibles. Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper. *Enfermería Costa Rica.* 2011; 32(1) :30–6.
25. Vitolo F. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca Virtual Noble [Internet]. 2012 (jun) [acceso 21 feb 2021]; (1): 1–11. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
26. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. New York (United States): Apple-

ton and Company editor; 1860. 144 p.

27. Rojas LP. El fenómeno del poder en enfermería en la academia y el área asistencial desde la perspectiva del docente. *Horiz Sanit* [Internet]. 2018 [acceso 21 feb 2021]; 18(1): 17–26. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n1/2007-7459-hs-18-01-17.pdf>
28. Reynaldos K, Pavez A. La importancia de la coordinación en la Gestión del Cuidado. *Acc Cietna* [Internet]. 2014 [acceso 21 feb 2021]; 1(1) :59–65. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/165/581>
29. Ibarra X, Siles J. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermería. *Index Enferm*. 2006; 15 (55): 44–8.
30. Watson J. Theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto context - enferm*. 2007; 16(1): 129–35.
31. Chiavenato I. *Administración: Teoría, Proceso y Práctica*. 3ra ed. España; McGraw-Hill Interamericana. 2001. 415p.
32. González G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(6): 406–11.
33. Decreto con fuerza de Ley N° 19.536. Concede bonificación para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica (Diario oficial de la República de Chile, número 19.536, de 16- 12- 1997).
34. Decreto fuerza de ley 725. Código Sanitario. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 31-01-1968, última modificación 06-11-2000 Ley 21.278).
35. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev Méd Clín Condes*. 2018; 29(3) :270–7
36. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. Aprueba norma general administrativa N° 19, “Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. [Internet] 2007. [acceso 21 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.google.cl/?ion=1&espv=2#q=norma 19>
37. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Cienc enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 16(1): 17–29. Disponible en: : https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/ art_03.pdf
38. Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. Norma General Administrativa No 19 sobre “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, aprobada por Resolución Exenta No 1.227 [Internet]. 2009 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://files.regionalsantiago.cl/enfermeria.pdf>
39. Colegio Médico de Chile A.G. Carta a Ministro de Salud J. Mañalich [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=1537>
40. Valdebenito J, Barquero A, Carreño E. Gestión del cuidado: Valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI(1): 127–42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_12.pdf
41. Torres MC, Alarcón J, Berthet A, Cantero V, Llanquípichún D, Sáez D, et al. Modelo de certificación de calidad para la gestión del cuidado en hospitales chilenos. *Rev Enf Ref*. 2016; IV(9): 65–74.

42. Méndez C, Torres M. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 44(2): 366-71. Disponible en: www.scielo.br/rsp
43. Leiva L, Sandoval G. Deuda hospitalaria llega a \$ 200 mil millones y Salud dicta medidas de control de gastos. *La Tercera* [Internet]. 2016 29 abr [acceso 21 feb 2021]; Noticias Nacionales: Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/deuda-hospitalaria-llega-a-200-mil-millones-y-salud-dicta-medidas-de-control-de-gastos/>
44. Castillo C. Crisis en Salud: deuda hospitalaria supera por primera vez los \$200 mil millones. *Emol Nacional* [Internet]. 2015 14 Ago [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/08/14/745077/Deuda-hospitalaria-supera-por-primera-vez-los-200-mil-millones.html>
45. Ramírez NA, Quintana MO, Sanhueza O, Valenzuela S. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. *Enfrm Glob* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; 12(30): 410-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/revision4.pdf>
46. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 499-503.
47. Talcott P. *Apuntes sobre la Teoría de la Acción*. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu; 1970. 253p.
48. Watson J. *Jean Watson and the Theory of Human Caring*. En: Smith MC, Parker ME. *Nursing theories and nursing practice*. 5ta ed. 2015. p. 321-40.
49. Lagos-Garrido M., Paravic-Klijn.T. Generación, difusión y transferencia del conocimiento de Enfermería a la Práctica del Cuidado. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 de feb 2021]; XXI(2): 127-34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_12.pdf
50. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Rev Aquichán*. 2014; 14(1):79-99.
51. Agramonte A, Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 de feb 2021]; 26(2): 14-26. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf03210.pdf>
52. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015; 15(1): 129-40.
53. Mosqueda A, Stieповich J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [acceso 21 de feb 2021]; 28: 355-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision3.pdf>
54. Milos P, Larrain A. La Gestión del Cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Cienc Enferm* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; XIX(2): 7-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_01.pdf

Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica

Autora:

María Antonieta Silva Muñoz¹. Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería. Académica Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. Estudiante de Doctorado en Enfermería Universidad Andrés Bello, Viña del Mar. E-Mail: antonieta.silva@uv.cl

Fecha de Recepción: 03.03.2020

Fecha Aceptación: 09.11.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2722>.

› Resumen

La Gestión del Cuidado se fundamenta en valores universales y conocimientos que emergen de otras ciencias y de la propia disciplina y ciencia de Enfermería, amparado en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad, integralidad de la atención y bienestar de las personas. **Objetivo.** Mediante análisis epistemológico del concepto de Gestión del Cuidado de Enfermería, se pretende comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia Enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión. El conflicto teórico-práctico sigue siendo para la Ciencia Enfermería una preocupación constante, escenario que se entrelaza con la Gestión del Cuidado. Existen grandes desafíos pendientes para que este constructo se reconozca y valore no sólo por Enfermería, sino también por otras disciplinas para articularse con otras profesiones sanitarias y evidenciar objetivamente los beneficios en la acción de cuidar; posicionamiento crucial que le permitiría estar inmersa en la política pública de salud e ingresar operativamente a los servicios públicos y privados; trabajo que debería emerger conjuntamente desde la actividad gremial, academia, investigación y acción legislativa.

› **Palabras claves:** Organización y Administración, Atención de Enfermería, Administración de los Servicios de Salud (DeCS- BIREME).

Management of nursing care from an epistemological reflection

› Abstract

Care Management is based on universal values and knowledge that emerge from other sciences and from the discipline and science of Nursing itself, supported by strategic processes that seek quality, continuity, integrality of care and welfare of people. Objective. Through epistemological analysis of the concept of Nursing Care Management, it is intended to understand its origin, how it is articulated with the discipline and science of Nursing, difficulties in its application and pending challenges within the discipline and profession. The theoretical-practical conflict continues to be a constant concern for Nursing Science, a scenario that is intertwined with Care Management. There are great pending challenges so that this construct is recognized and valued not only by Nursing, but also by other disciplines to articulate itself with other sanitary professions and to objectively evidence the benefits in the action of taking care; crucial positioning that would allow it to be immersed in the public policy of health and to enter operationally to the public and private services; work that should emerge jointly from the union activity, academy, investigation and legislative action.

› **Keywords:** Organization and Administration, Nursing care, Health Services Administration (DeCS- BIREME).

› Introducción

El cuidado humanizado debe convertirse hoy en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado, constructo amparado en valores universales y conocimientos que emergen de la disciplina y ciencia de enfermería, además de otras ciencias, amparándose en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad e integralidad de la atención y bienestar de las personas (1-4). Pero desde una mirada epistemológica ¿cómo emerge el concepto de Gestión del Cuidado?, ¿cómo se articula con enfermería desde el punto disciplinar y ciencia?, ¿qué dificultades se han presentado para su instauración a nivel institucional?, ¿qué avances y desafíos están pendientes para su amplio reconocimiento y aplicación?

Aristóteles, señala a la epistemología como la ciencia que tiene el objetivo de conocer los objetos en su naturaleza y en sus causas. Es producto de la interacción de las personas con el medio y mediante un proceso reflexivo del ser humano, que se organiza el saber válido hasta llegar a sistematizarlo (5). El estudio epistémico de enfermería debe centrarse entonces en su historia (6), en su crecimiento vertebral teórico, en su desarrollo científico y articulación profesional; recolectado con años de experiencia teórico y práctica (7,8). La enfermería es una disciplina joven, iniciada en los últimos 50 años, pero sus raíces nacen con la humanidad y puede considerarse un arte milenario dedicado siempre al cuidado del otro, que ha evolucionado desde su práctica empírica, hasta el desarrollo de teorías y filosofía propia (9,10).

En un comienzo el cuidado fue concebido como vocación de servicio, ciñéndose a un conocimiento empírico alcanzado a través de la praxis, posteriormente el fundamento teórico reunido en los conceptos centrales metaparadigmáticos y epis-

témicos desarrollados por enfermería entregan el sustento disciplinar en su aspecto abstracto a través de los modelos conceptuales y grandes teorías y un sustento más cercano a la práctica, a través de las teorías de rango medio y microteorías (1,10-12), pero no sin reconocer que el conflicto teórico-práctico continúa siendo una preocupación para esta ciencia principiante (11,13).

El objeto del conocimiento de enfermería ha sido históricamente delimitado por los cuidados prodigados a las personas y familias, centrado en las necesidades individuales y colectivas cambiantes tanto físicas como psicológicas en el contexto social y cultural de los problemas de salud y enfermedad (14). Los cuidados humanos son un fenómeno universal y de gran variabilidad entre las diferentes culturas, lo que determina que el cuidado que se otorgue también lo sea (10).

El concepto de cuidar forma parte fundamental del cuidado humanizado de enfermería, el que debe permanecer no sólo como una concepción abstracta de ayuda entre la enfermera y usuario, debiendo convertirse entonces en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado (4).

El objetivo de esta reflexión es realizar un análisis epistemológico del concepto de “Gestión del Cuidado de Enfermería”, que aporte a comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia de enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión.

› Análisis conceptual

La gestión es un concepto proveniente de la rama gerencial y acuñado por enfermería en los años sesenta bajo el término administración, que alude

al proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos de una organización para cumplir los objetivos con eficacia y eficiencia, que más tarde en los años ochenta pasó a denominarse gestión. Este nuevo concepto amplía e integra el proceso de la toma de decisiones del cuidado profesional dentro de un contexto económico, financiero y político que se requiere operacionalizar (15). El cuidado centrado en la persona y familia, que interactúa con un entorno permanentemente dinámico permite ligar y complementar la ciencia y el arte de enfermería en perfecta consonancia para organizar y coordinar los recursos necesarios, además de evaluar la calidad de los cuidados que se proveen (16). No obstante, para este propósito puede resultar importante dialogar y trabajar en estrecha colaboración con otras disciplinas de la salud (17).

Madeleine Leininger advierte, si algo está claro en enfermería es su estrecha dependencia con los cuidados (18). Por su parte, Martin Heidegger señala desde un punto de vista óntico, “el ser es el hombre” que requiere ser asumido y estudiado en su aceptación más general y comprensiva, para evitar ante todo el riesgo de subestimar lo esencial de éste y de caer en la “imparcialidad” de la indagación y ser estudiado desde lo cotidiano (19). Entonces, “Cuidar es más que un acto; es una actitud” (20). La profesión de enfermería debe contribuir a evidenciar y consolidar la discusión filosófica y científica, para que germine así la estrecha relación entre el cuidado profesional, “concebido como una profunda expresión de humanismo, y la dignidad e individualidad de las personas que cuidamos” (21,22). Sin embargo, los comienzos de la enfermería institucionalizada, la liga a lo religioso, circunscrito a un régimen hegemónico bajo la figura masculina del modelo medicalizado, ha desarrollado una disciplina domesticada y sometida (23). Un sistema patriarcal que persiste hasta

hoy, que pareciera imponer a las enfermeras a una “condición alienada, sumisa, abnegada y secundaria socialmente”(24).

En este contexto, el escenario de la profesión de enfermería históricamente ha estado marcado por la sumisión y la obediencia patriarcal y con una incuestionable superioridad jerárquica médica, registrado explícitamente en los manuales y artículos de enfermería de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, donde la enfermera era considerada sólo un medio por el cual el médico conseguía que sus instrucciones se cumplieran. Estudios sociológicos relacionan esta conducta en términos de estereotipos de género, donde se contraponen la protección y la pasividad del rol femenino versus la decisión y competencia del rol masculino de la época. La diferencia de clase social también jugó un rol importante, puesto que la mayoría de las enfermeras provenían de clases sociales humildes, mientras que la mayoría de los médicos provenían de clases sociales y económicas acomodadas (25), respondiendo así a la moral de los aristócratas, que alude a que la pertenencia de los integrantes de una organización a determinadas clases sociales influye en el comportamiento individual, colectivo y organizacional (23).

Lo señalado se observa en lo escrito por Florence Nightingale en sus notas en 1860, una enfermera debería ser “devota y obediente” (26). Es posible, que la diferencia de capacitación académica entre las enfermeras y médicos también impacte sobre este equilibrio, puesto que se entrega socialmente mayor valoración a los conocimientos científicos biologicistas en que se sustenta la profesión médica (25). Margaret Newman y Alaf Meleif dos importantes teoristas de enfermería, coinciden que durante las primeras décadas del siglo pasado el conocimiento de enfermería se basó en el del médico, aun teniendo educación universi-

taria autónoma (10). No obstante, esta condición de desventaja y sumisión hacia otros profesionales se mantiene en la actualidad en enfermería, restándole poder dentro del equipo de salud, afectando además la imagen de liderazgo que el docente pretende proyectar en la práctica clínica a sus estudiantes y validando la posición de dominación (27). Estudios realizados con enfermeras, estas manifiestan que su condición de subordinación se debe a que “ellos saben más”. Esta brecha prevalente ha generado múltiples problemas de comunicación entre estos dos profesionales, lo que podría traducirse riesgosamente en omitir la priorización de las necesidades y seguridad del usuario como primer núcleo de la atención humanizada (25, 28).

Madeleine Leinenger reconoce que las enfermeras han asumido una posición demasiado etnocéntrica, además de estar excesivamente próxima a los intereses de la medicina y que la práctica profesional, impresiona que no ha sido tan integral como lo dice el discurso, puesto que la mayoría de los usuarios perciben la atención enfatizada en aspectos biológicos (29). Por su parte, Jean Watson en la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, se hace necesario el rescate en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales enfermeros (30).

El cuidado personalizado es el engranaje esencial de la humanización del cuidado y es la gestión del cuidado quien dirige y asegura que este cuidado se proporcione en consonancia, de esta manera, se trata de un “proceso heurístico” que administra el recurso humano y su entorno para conservar y propiciar la salud de las personas, donde el profesional “planea, organiza, conduce, motiva y controla la provisión de cuidados”(4). De esta manera,

emerge la “Gestión del Cuidado en Enfermería”, orientada primordialmente a satisfacer las necesidades de las personas en forma segura, reorientando las estrategias y acciones de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso entre los profesionales del equipo enfermería, de otras disciplinas y las autoridades institucionales de salud (16). La gestión fue acuñada por enfermería en la década de los sesenta, utilizando el término latino de “administración”, refiriéndose al proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos (31). Más tarde durante los años ochenta, pasaría a utilizarse el término “gestión”, como un concepto más amplio y que reúne aspectos económicos, políticos y financieros en la toma de decisiones (32).

En Chile, a través de la Ley N° 19536 (33), se introduce un inciso al artículo 113 del Código Sanitario que rige las funciones de enfermería, definiendo el rol social de la enfermera y asignándole tres grandes funciones: la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos humanos y materiales de asistencia para el usuario (34,35). Esta función fue también definida por la Comisión de Legislación en Enfermería en la Norma N°19 como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (36), pero circunscrita a la atención cerrada, así mismo, expresa que la Gestión del Cuidado es un componente básico para el desarrollo de la Gestión Clínica (35,36), provocando una situación interpretativa confusa en la determinación del alcance para otras disciplinas de la salud, además de un cuestionamiento de la estructura organizacional, surgiendo la eventuali-

dad de ser ejercida por otro profesional (37).

Es así como el Colegio Médico de Chile ha reconocido la importancia de la creación e implementación de las unidades de Gestión del Cuidado a nivel hospitalario, pero discutiendo la idoneidad de las enfermeras para gestionar estas unidades, insistiendo que éstas deben quedar bajo la dependencia de la Subdirección Médica del establecimiento y mostrando una evidente preocupación por las modificaciones en la tradicional estructura jerárquica que se producirían al hacer estas unidades independientes a su supervisión (38,39).

No se puede desconocer los logros obtenidos hasta ahora en ámbitos legales, políticos y aspectos operativos de la gestión del cuidado, sin embargo, si bien se define en forma general la labor autónoma de enfermería en la gestión del cuidado y sin la tuición de cualquier otra profesión, no se clarifican cuáles son sus alineaciones específicas, ni a qué áreas se aplica, lo que dificulta la valoración precisa del cumplimiento profesional para este propósito. Probablemente estas sean las razones por las cuales este propósito no está interiormente desarrollado en los hospitales y a los profesionales enfermeros les ha resultado complejo hacer la distinción conceptual y práctica entre atención de enfermería, gestión en general, gestión clínica y gestión del cuidado (40). Hasta la fecha, la gestión del cuidado no cuenta con estándares de calidad medibles, que permitan visibilizar y evaluar científicamente y con evidencia este accionar (41), no obstante, es un desafío pendiente que requiere de un esfuerzo colaborativo (2).

En América Latina y en Chile en particular, la gestión sanitaria forma parte de un cuerpo de estrategias de políticas públicas de salud, sin hacer distinción entre lo público y privado, y es parte central de las reformas del sector sanitario en respuesta a los cambios epidemiológicos, sociales,

políticos y económicos, constatándose reales problemas de inequidad y centralización (32) y donde la administración de los hospitales públicos no ha estado exenta de las desigualdades sociales (14), dividiéndose en dos períodos: uno de valores modernos donde prima como único objetivo la provisión de cuidados en salud a la población, demandando un muy elevado presupuesto sanitario, con falta de coordinación entre niveles de atención y recursos humanos desaprovechados, y otro de valores posmodernos, donde es analizado bajo el contexto de la calidad total y avalado por grandes reformas de salud, donde prevalece el modelo de la eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios, primando para ello la política de autogestión en Red. En este modelo sin embargo, aspectos de formación y planificación del recurso humano en salud continúan pendientes, puesto que aunque se intente mejorar la calidad de los cuidados, impera un modelo economicista que debe permanentemente reducir costos de procedimientos y tecnología cada vez más caros(42). En este sentido, un estudio de la Universidad Católica de Chile de fines del 2011 encargado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), analizó la operación financiera de 16 de los principales hospitales, concluyendo que los costos sanitarios, son en promedio, un 84% más altos que el financiamiento que reciben los recintos por los mismos ítem (43).

A nivel latinoamericano, en busca de un consenso sobre la gestión del cuidado, emerge en el año 2008, la Red Internacional de Gestión del Cuidado de Enfermería (RIGCE) presente hoy en 12 países como: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay México y España. Dentro de los lineamientos estratégicos declarados en el año 2017, se describe analizar la conceptualización y desarrollo de la gestión del cuidado tanto en el ejercicio profesional como académico. En las aspiraciones de esta organiza-

ción se encuentra la generación de conocimiento colaborativo, que permita mejorar la calidad de la atención de salud y fortalecer principalmente la gestión del cuidado, la que es señalada como un área de dominio de enfermería (3).

La gestión del cuidado de las enfermeras en Chile y América Latina especialmente de instituciones públicas que intenta promover un cuidado humanizado, se enfrenta diariamente a la falta de empoderamiento y sobrecarga asistencial con tres aristas relevantes a atender: la primera corresponde a las evidentes necesidades de personas que mantienen prevalentes desigualdades sociales (14), la segunda, el modelo hegemónico médico que rivaliza con las demás profesiones en salud por mantener su superioridad jerárquica y retener en sus profesionales los cargos directivos de las unidades clínicas (26,42) y en tercer lugar, los requerimientos institucionales de hospitales adeudados e impregnados de un modelo biomédico y curativo, que se les exige calidad y seguridad del usuario, pero promoviendo a diario para subsistir una economía a escala (44), sumiéndose en los paradigmas dominantes del positivismo lógico y neopositivismo, en respuesta al prevalente interés por la predicción y control (45).

De acuerdo a la Teoría de Parsons, las instituciones hospitalarias son subsistemas sociales que tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en las personas que ingresan a ellos, un control social, de tal forma que rápidamente deben adaptarse, para convertirse en actores de esta estructura organizacional y funcional, que edifica una estructura organizativa e instala procedimientos y rutinas, favorece u obstaculiza procesos de cambios, genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico normativo (46,47). El rol de enfermería en las instituciones de salud, especialmente hospitalarias, obedece como

lo señala Watson a una conducta institucionalizada (48) y que empobrece y anula las acciones cuidadoras que emergen de un modelo diferente del biomédico, reduciendo el actuar cotidiano del cuidado al accionar procedimental, agregando limitación de su autonomía profesional en el ejercicio de su quehacer diario (46).

En este contexto es importante analizar el concepto “término medio” utilizado por Martin Heidegger, el cual podría emplearse para resolver este conflicto de comprensión, ya que lo describe como el análisis estructural del ser que no aísla una de las tareas en desmedro de otras, teniendo presente que lo distintivo del hombre entre las cosas es el hecho de estar referido a sus posibilidades, es decir, su potencialidad permanente de este ser en el mundo en forma dinámica y nos convoca como profesionales a consensuar que la objetividad es imprecisa e inadecuada para esta concepción humana. “Las cosas son ante todo instrumentos y siempre se es instrumento para algo”, en esta perspectiva, Heidegger señala que el mundo no es la suma de las cosas, sino que es la condición para que aparezcan las cosas individuales, teniendo presente que no hay mundo si no hay “Dasein”, en otras palabras, el hombre o el ser de Heidegger no es sólo o principalmente un estar en medio de una totalidad de instrumentos, sino que es un estar familiarizado con una totalidad de significados, donde lo que importa no es solo el efectivo fin, sino el valor y significado que involucra para cada ser (19). Con ello, se hace presente que la gestión del cuidado debe afanarse en el cuidado de las personas como fundamento ontológico y epistémico de la profesión, donde la instrumentalización, lo procedimental, la tecnología y la gestión misma, son sólo el medio para cuidar al hombre dentro de su cotidianidad, considerando que se trata de un ser demandante, inconstante, particular, pleno de significados diferentes, en un

entorno cambiante y que nos demanda estudiar y conocer permanentemente a través del enfoque integrador de paradigmas de la filosofía que faciliten un pensamiento crítico, lógico y reflexivo, impidiendo la automatización y promoviendo un actuar carente de prejuicios e intereses de poder y dialéctica materialista (9).

Por su parte, corrientes de la Escuela de Frankfurt, como la Teoría Crítica que nace con los filósofos Horkheimer y Adorno, cuestionan la modernidad en términos que alimentan un alineamiento en las personas que no es visibilizado. Del mismo modo, el paradigma emancipatorio que surge con Habermas fundamentado en las ciencias sociales y filosóficas, centra sus estudios en la racionalidad moderna, el interés del conocimiento, la teoría de la acción comunicativa y el proceso de emancipación, cuyo interés es la liberación propia de la reflexión de las disciplinas críticas, señalando que el conocimiento tiene un carácter liberador y ético, más que dominador y técnico. La investigación se ha utilizado para legitimar la enfermería como profesión, y esta ha hecho un esfuerzo significativo durante los siglos XX y XXI por desarrollar el cuerpo de conocimientos necesario para la atención de salud de las personas (49,50). El interés del paradigma emancipatorio es reconocer la realidad psicológica, cognitiva, moral, política y social de todos quienes participan en la investigación, para centrarse en el entendimiento de la colectividad y provocar así un cambio sistémico y transformador desde la teoría a la práctica en el interior de las estructuras sanitarias, creando relaciones colaborativas y no competitivas, desarrollando estrategias de negociación del poder, creando ambientes participativos y fomentando especialmente el pensamiento crítico (45).

A su vez, en el contexto académico de la formación de enfermeras en Chile, la gestión del cuidado se

ha visto incorporada a nivel curricular como una necesidad desde el punto de vista disciplinario e impulsada por la creciente complejidad del ejercicio de la actividad sanitaria, que busca responder a usuarios con mayores tasas de enfermedades crónicas y poseedores de patologías cada vez más complejas en que la discapacidad está muy presente y donde la crisis del envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida, la incorporación de nuevas tecnologías, repercute en la complejidad del cuidado a realizar y por ende compromete a un uso eficiente de recursos (37,50).

Del mismo modo, resulta relevante en la gestión del cuidado la importancia que se le atribuye al logro de ciertas competencias en la formación de los profesionales enfermeros en su integridad, desde la selección de las personas interesadas en el estudio de la enfermería, la incorporación de éstas competencias a los objetivos educativos de la institución formadora, su constante y continuo reforzamiento en pregrado, así como su desarrollo durante la formación de postgrado (51). Así también, se reconoce que en la formación de enfermeras gestoras la preparación para el liderazgo es un elemento crítico (50,52).

› Consideraciones finales

Enfermería tiene la necesidad de concebir el cuidado para equilibrar la conjunción del ser para hacer y el hacer para ser, lo primero se refiere a generar el ámbito teórico para sustentar una praxis reflexiva y holística, basada en la satisfacción de las necesidades de los usuarios y en segundo lugar generar nuevos conocimientos para gestar la evidencia científica de su propia disciplina que sustente no sólo una mayor identidad y reconocimiento profesional, sino para provocar mayor conciencia en los propios profesionales enfermeros, sobre el papel que la profesión debe refle-

jar como gestor de un cuidado que la población demanda y exige en una sociedad cada vez más teñida por demandas sociales y emancipatorias, todos elementos precursores en la redefinición de salud y cuidado con un enfoque biosicosocial, donde los principios de autonomía, respeto a la dignidad, cultura y forma de organización equitativa, incluyente y justa, sean parte esencial de la práctica cotidiana de la profesión en el interior de las instituciones de salud (3,49,51).

El camino de los profesionales enfermeros para hacerse cargo en plenitud de la gestión del cuidado es complejo, no obstante, una formación del profesional de enfermería que explicita la “Gestión del Cuidado” como eje articular del perfil de egreso, sumado a la necesaria producción de conocimiento desde la investigación propia de su quehacer, pueden sentar las bases para obtener discernimiento propio, otorgando así un cuidado preciso, juicioso y ético, que le otorgue a la enfermería una avance disciplinar y profesional autónomo (45,53).

La responsabilidad social de la gestión del cuidado implica una renovada modalidad de atención en enfermería, haciendo necesario que múltiples elementos confluyan en el estudio de las necesidades humanas, como lo es la docencia, la investigación y la permanente evaluación de la efectividad y eficiencia de la atención, sin olvidar el presupuesto económico siempre presente detrás de toda política pública de salud. Sólo cuando estos elementos se trabajen paralelamente, la legislación y el ordenamiento jurídico se podrán realizar los cambios sustanciales correspondientes (54). La evidencia científica de la implementación de la gestión del cuidado es aún escasa y no entrega evidencias suficientes para determinar su impacto, se espera que las acreditaciones hospitalarias puedan aportar experiencias suficientes

para una evaluación objetiva (41,53). Así mismo, la apropiada articulación, discusión, diálogo y coordinación de la gestión del cuidado con otras profesiones sanitarias (26), puede ser el elemento clave para otorgar mayor fuerza y riqueza al cuidado humanizado, objetivo principal que nos debe convocar como disciplina y ciencia (1).

➤ Referencias Bibliográficas

1. Espinoza A, Enríquez C, Leiva M, Catañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI (2): 39–49. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_05.pdf
2. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación Y Medición. *Rev méd Clín Las Condes*. 2018; 29(3): 278–87.
3. Ferreira A, Galdames L. Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la cobertura universal de salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 21 feb 2021]; 32(3): 190–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf20117.pdf>
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Mayor F. *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson, Barcelona, España; 167 p.
5. Tamayo M. *El Proceso de la Investigación Científica*. 4ta. ed. Mexico DF: Editores LN; 2003. 19 p.
6. Bunge M. *Epistemología*. 3ra ed. Siglo Buenos Aires (Argentina): XXI Editores; 2002. 252 p.
7. Siles J. *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enferm Clínica*. 1997; 7(4): 188–94.

8. Siles J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av enferm.* 2010; 28: 120–9.
9. Diaz MG. Filosofía de la Ciencia del Cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. *RICS [Internet]*. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 2(3): 21–35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045738>
10. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave [Internet]*. 2011 [acceso 21 feb 2021]; 11(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001>
11. Ariza C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm Univ.* 2011; 8(2):18–24.
12. Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichan.* 2012. 12 (2): 160-8.
13. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan.* 2007; 7(2): 161-73.
14. Arriagada I. La crisis del cuidado en Chile. *Rev Ciencias Soc.* 2010; 27: 58–67.
15. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepo-vich-Beroni J, Aguilera-Rojas P, Vilchez-Barboza V. La gestión del cuidado : una función social y legal de la enfermería chilena. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]*. 2015 [acceso 21 feb 2021]; (29). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n29/1409-4568-enfermeria-29-00108.pdf>
16. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13 (44-45): 42–6.
17. Adam E, Somalo ME. Hacia donde va la enfermería. Madrid (España); Interamericana editores. 1982. 118 p.
18. Leininger M. Care. The essence of nursing and health. Wayne Sate University Press, editor. Detroit; 1988. 1–237 p.
19. Vattimo G. Introducción a Heidegger. 4ta Reimpresión. Barcelona (España); Editorial Gedisa SA 2009. 192p.
20. Barbosa L, Azevedo S. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm.* 2006; 15(54): 20–4.
21. Salcedo RA, Huerta S, Bustamante S. Enfermería: la némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. *Enf Neurol [Internet]*. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 12(2): 98–101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132h.pdf>
22. Hernando A. La gestión del cuidado. *Rev Enferm CyL [Internet]*. 2015 [acceso 21 feb 2021]; 7(2): 61-5. Disponible en: <file:///C:/Users/angel/Downloads/162-479-1-PB.pdf>
23. Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm.* 2005; 14(50): 7-9.
24. Irigibel-Uriz X. Los patrones de conocimiento (No) Posibles. Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper. *Enfermería Costa Rica.* 2011; 32(1) :30–6.
25. Vitolo F. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca Virtual Noble [Internet]. 2012 (jun) [acceso 21 feb 2021]; (1): 1–11. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
26. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. New York (United States): Apple-

ton and Company editor; 1860. 144 p.

27. Rojas LP. El fenómeno del poder en enfermería en la academia y el área asistencial desde la perspectiva del docente. *Horiz Sanit* [Internet]. 2018 [acceso 21 feb 2021]; 18(1): 17–26. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n1/2007-7459-hs-18-01-17.pdf>
28. Reynaldos K, Pavez A. La importancia de la coordinación en la Gestión del Cuidado. *Acc Cietna* [Internet]. 2014 [acceso 21 feb 2021]; 1(1) :59–65. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/165/581>
29. Ibarra X, Siles J. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermería. *Index Enferm*. 2006; 15 (55): 44–8.
30. Watson J. Theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto context - enferm*. 2007; 16(1): 129–35.
31. Chiavenato I. *Administración: Teoría, Proceso y Práctica*. 3ra ed. España; McGraw-Hill Interamericana. 2001. 415p.
32. González G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(6): 406–11.
33. Decreto con fuerza de Ley N° 19.536. Concede bonificación para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica (Diario oficial de la República de Chile, número 19.536, de 16- 12- 1997).
34. Decreto fuerza de ley 725. Código Sanitario. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 31-01-1968, última modificación 06-11-2000 Ley 21.278).
35. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev Méd Clín Condes*. 2018; 29(3) :270–7
36. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. Aprueba norma general administrativa N° 19, “Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. [Internet] 2007. [acceso 21 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.google.cl/?ion=1&espv=2#q=norma19>
37. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Cienc enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 16(1): 17–29. Disponible en: : https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf
38. Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. Norma General Administrativa No 19 sobre “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, aprobada por Resolución Exenta No 1.227 [Internet]. 2009 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://files.regionalsantiago.cl/enfermeria.pdf>
39. Colegio Médico de Chile A.G. Carta a Ministro de Salud J. Mañalich [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=1537>
40. Valdebenito J, Barquero A, Carreño E. Gestión del cuidado: Valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI(1): 127–42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_12.pdf
41. Torres MC, Alarcón J, Berthet A, Cantero V, Llanquipichún D, Sáez D, et al. Modelo de certificación de calidad para la gestión del cuidado en hospitales chilenos. *Rev Enf Ref*. 2016; IV(9): 65–74.

42. Méndez C, Torres M. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 44(2): 366-71. Disponible en: www.scielo.br/rsp
43. Leiva L, Sandoval G. Deuda hospitalaria llega a \$ 200 mil millones y Salud dicta medidas de control de gastos. *La Tercera* [Internet]. 2016 29 abr [acceso 21 feb 2021]; Noticias Nacionales: Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/deuda-hospitalaria-llega-a-200-mil-millones-y-salud-dicta-medidas-de-control-de-gastos/>
44. Castillo C. Crisis en Salud: deuda hospitalaria supera por primera vez los \$200 mil millones. *Emol Nacional* [Internet]. 2015 14 Ago [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/08/14/745077/Deuda-hospitalaria-supera-por-primera-vez-los-200-mil-millones.html>
45. Ramírez NA, Quintana MO, Sanhueza O, Valenzuela S. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. *Enfrm Glob* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; 12(30): 410-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/revision4.pdf>
46. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 499-503.
47. Talcott P. *Apuntes sobre la Teoría de la Acción*. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu; 1970. 253p.
48. Watson J. Jean Watson and the Theory of Human Caring. En: Smith MC, Parker ME. *Nursing theories and nursing practice*. 5ta ed. 2015. p. 321-40.
49. Lagos-Garrido M., Paravic-Klijn.T. Generación, difusión y transferencia del conocimiento de Enfermería a la Práctica del Cuidado. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 de feb 2021]; XXI(2): 127-34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_12.pdf
50. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Rev Aquichán*. 2014; 14(1):79-99.
51. Agramonte A, Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 de feb 2021]; 26(2): 14-26. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf03210.pdf>
52. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015; 15(1): 129-40.
53. Mosqueda A, Stieповich J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [acceso 21 de feb 2021]; 28: 355-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision3.pdf>
54. Milos P, Larrain A. La Gestión del Cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Cienc Enferm* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; XIX(2):7-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_01.pdf

Generación Covid: riesgos psicosociales para los niños que crecen durante la pandemia

(artículo en inglés)

Autora:

Ana Luiza Ferreira Aydogdu. Enfermera, Master in Hospitals and Health Institutions Administration, Doctoral student in Nursing Administration. Universidad de Estambul, Turquía. E-Mail: luizafi@gmail.com

Fecha de Recepción: 01.09.2020

Fecha Aceptación: 18.01.2021

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2735>

› Resumen

La pandemia provocada por el nuevo coronavirus trajo una realidad caótica al mundo entero. Las rutinas de los niños también han cambiado desde que surgió el nuevo coronavirus. El objetivo del artículo es reflexionar sobre los riesgos psicosociales a los que está expuesta la generación que crece durante la pandemia. La pandemia y factores relacionados como estar lejos de la escuela, de los padres, de los abuelos y de los amigos, pueden causar un impacto negativo en el bienestar de los niños. El trauma infantil puede tener consecuencias a largo plazo. Es necesario proteger no solo la salud física de los niños, sino también su salud psicosocial, que está gravemente amenazada. El cuidado de enfermería se basa en una visión holística del ser humano, teniendo un papel importante durante y también después de las crisis. Para que las enfermeras puedan apoyar especialmente a la población infantil durante y después del período pandémico, es importante conocer los diversos traumas que los niños pueden estar enfrentando durante el período pandémico, ya que pueden provocar problemas psicosociales como obesidad, consumo de alcohol y drogas, autolesiones, violencia interpersonal y diversos tipos de enfermedades mentales en la edad adulta.

› **Palabras claves:** Niño, Infecciones por Coronavirus, Enfermería, Salud Psicosocial (MeSH).

COVID generation: psychosocial risks for children growing up during the pandemic

› Abstract

The pandemic caused by the new coronavirus brought a chaotic reality to the entire world. Children's routines also have been changing since the new coronavirus emerged. The purpose of the article was to reflect on the psychosocial risks to which the generation that grows up during the pandemic is exposed. The pandemic and related factors as being far from school, parents, grandparents and friends, can cause negative impact in children's well-being. Childhood trauma can have long-term consequences. It is necessary to protect not only children's physical health, but also their psychosocial health which is under great threat. Nursing care is based on a holistic view of the human being, having an important role during and also after crises. In order for nurses to be able to support specially children population during and after the pandemic period, it is important to know about the various traumas that children may be experiencing during the pandemic period as they can lead to psychosocial problems such as obesity, alcohol and drug use, self-harm, interpersonal violence, and varied types of mental illness in adulthood.

› **Keywords:** Child, Coronavirus Infections, Nursing, Psychosocial Health (MeSH).

› Introduction

The COVID-19 emerged in China in late December 2019 and in March 2020 it was declared a pandemic by the World Health Organization (WHO) (1). The disease caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2) brought a chaotic reality for the world population (2,3). Everyone had routines changed. What was normal became prohibited, what was an exception became a rule. While new cases of COVID-19 continue to emerge, the priority is to take care of the physical health of the population, but psychosocial health should not be neglected, it is necessary to create measures to protect the integral health of the post-pandemic society (4).

Today the world tries to get adapted to the “new normal” because the “old normal” has become, for now, and maybe forever, unreachable. While adults try to find themselves within the new world, children also suffer from changes in their routines (3,5). What will be of this generation growing far from schools, friends, and grandparents? The generation prevented from hugging and interacting? What will be of the children with masks? The population of children between 0 and 14 years old is approximately 2,2 billion in the world; about 2 billion of children live in developing countries, where a large part of them hardly had access to social rights such as education, security and medical assistance, even before the pandemic (6). With the need to do social isolation, schools were closed and online classes started. However, according to UNICEF report about two-thirds of children and young people in the world do not have access to the internet at home (7).

On the other hand, children in the western world and therefore more privileged, already had a strong interest in the virtual world and with the preventive measures against COVID-19 they have got even further away from relationships with the

real world. Media literacy and e-learning are essential for education, but the online world also has some risks, especially for children; among the biggest risks are grooming and cyberbullying that can directly affect children's deepest feelings (8). If even before the pandemic caused by SARS-CoV-2 there was already a concern with regard to highly technological children, the so-called alpha generation who is influenced by virtual social interactions and technology, living in a world of touching screens (9,10), with the emerging of COVID-19 and the factors related to it, those concerns got even greater proportions. It is also important to take into account that news about the pandemic can be reached on the internet, what can negatively affect children who are already frightened and concerned about the health of family and friends, so the use of technological devices by children needs to be monitored and limited (11).

The pandemic and its prevention measures is limiting children's access to learning and interacting with people, so children can get anxious, frustrated and confused (12). In addition, parents and caregivers can also be affected by uncertainties and changes brought by the pandemic. It can be stressful for parents to deal with personal and professional lives, when they have to take care of children during closure of schools. Some children are even left alone at home, so parents can get more and more stressed which also poses a risk to children's psychosocial health (13). Episodes of child maltreatment are present all over the world and studies show that domestic violence increased during the pandemic period (14-16). Some children have to deal with the illness and sometimes death of family members or friends due to the SARS-CoV-2 (17,18). Children emotional well-being will impact their behaviors and quality of life for the rest of their lives (19). Thus, government, health facilities authorities, healthcare workers

and parents have important roles in this context. Nurses should be able to identify children's emotional and behavioral problems and help to create measures to protect them (14).

The purpose of this article was to reflect on the psychosocial risks to which the generation that grows up during the pandemic caused by the new coronavirus is exposed.

› **Pandemic and risks for the psychosocial health of the alpha generation**

The first phase of childhood extends to the first year of life, during this period children feel safe when their basic needs are met. In the second phase, which lasts up to 2-3 years old, children acquire knowledge and skills, thus gaining autonomy. In the period up to 5-6 years old children advance more and more in physical and social spaces. Then, until 11-12 years old, children start to search for their own space between individuals of the same age, going through several new experiences; after this phase they gain a sense of identity (20). Attention-deficit/hyperactivity, conduct disorder, anxiety, mood alteration, and difficulties in interpersonal relations are some of the psychosocial problems that can emerge in childhood and the symptoms usually appear before preschool years (21).

The alpha generation is the one composed by children born after 2010 and who will be born until 2025, they are now between 0 and 10-11 years old and were born in a highly technological world. Even before learn to speak; they know how to handle computers and smartphones, showing a great interest in virtual interactions to the detriment to real-world media and entertainment. They are part of a generation with more opportunities and

challenges, whose interpersonal interaction could be damaged by the easiness and quickness that technology offers. Alpha generation can also get dissatisfied if they do not have access to technology in an uncomplicated and unlimited way. Therefore, parents and educators were already concerned with those children's psychosocial health (9,10). Parents tried to limit children's time on the internet, reducing interactions with the virtual world, encouraging outdoor activities and real interactions, but these same parents are working more and more to provide better living conditions for the family, thus becoming increasingly distant from home and their children (22).

Children should be close to their grandparents, heeding to their advice, in a reality where the hug was the purest gesture of affection and also of security. Children should go to school, where they exercised physically and mentally. Today what we see are closed schools, children increasingly attached to smartphones and the internet during social isolation, children prevented from approaching risk groups such as the elderly, confined at home and wearing masks when out. Lack of outdoor activities is also observed with closure of schools and other measures that prevent children from going to playgrounds and having contact with friends (23). It is also necessary to emphasize that many children do not have access to the Internet or enough space at home for physical activities. Studies show that children are more bored, sad, irritable, restless, worried, angry, frustrated, anxious and lonely due to the lockdown (24,25).

Social distancing and isolation are important and necessary to reduce the spread of SARS-CoV-2, but how will the psychosocial health of this generation be affected? How will the pandemic impact them? How will these children be in the post-pandemic period?

In some countries children are slowly returning to classroom, this process will not be easy. Going back to school will be a little different from what children were used to before. Classes can be moved to temporary spaces or outdoors and class hours can be shortened to separate students by shift thus avoiding crowding. Besides that precautions regarding social distance and hygiene will be maintained. Children will be dealing with this stressing situation in different ways (26). Even after returning to school, children will not be able to communicate and play with friends as before, having to maintain social distancing.

In times of SARS-CoV-2 many parents continue to work, while children without access to school are left alone at home. Long periods are spent in front of the computer at risk of cyber victimization. Communication is done through smartphones' apps (3,5,10,27). Hugging, visiting and playing with friends are prohibited. Wearing a mask is routine. Children are missing school, friends, parents, teachers, grandparents; children are missing their old routines. There are many changes and risks for children's psychosocial health due to the pandemic.

Through newspapers, internet and social media it is possible to reach news related to violence against children during the pandemic of COVID-19 (28-30). Studies show increase in child abuse during school holidays and natural disasters (31). Domestic violence increased during the pandemic, as did sexual exploitation and cyber aggression. Children are increasingly exposed to various risks within the home, where they should feel themselves protected (15,17,27,32).

The literature yet appoints to another factor that will have a negative impact on children's psychosocial health. Children of healthcare workers, in addition to facing the distance from their pa-

rents and the fear of parents being contaminated, are still witnesses of aggressions and prejudices, which an ill-informed population has been practicing against their parents. As a result, these children may develop feelings of revolt against society (5,33).

The pandemic moment is stressful for the general population, the fear of contagion and the death of loved ones due to a disease that arose and spread quickly without people being able to be psychologically prepared can be extremely traumatic. Some children are far from parents because themselves or their parents are ill at hospitals, others lost their loved ones due to SARS-CoV-2, without the opportunity of an adequate farewell and compliance with the rites to which they were accustomed, go through a period of very painful and traumatic mourning (17,18,34,35).

As exposed, there are several reasons that can threaten children's psychosocial health during the pandemic. With the extinction of the virus or the efficient vaccination of the world population, the physical health of the population will be protected against the COVID-19, but the consequences left by the pandemic on the population's psychosocial health will be many. Children react differently to stress and changes in their routines (26). Childhood trauma can have long-term consequences and trigger problems such as obesity, alcohol and drug use, self-harm, interpersonal violence, and varied types of mental illness, which will only emerge in adulthood (36).

In our society, adultcentrism prevails, the adult is the complete being while the child is still in formation, so the adult is at the center and makes all decisions, there is an inferiority of what is childish. It is as if every adult knows what is best for children, without even knowing them, giving them attention or talking to them. It is necessary to break

with children's silence, giving them opportunities to express themselves (37). It is important to monitor and talk appropriately with children, so they can better understand the current moment and its changes, and they will be able to share their feelings, just as parents and caregivers must be guided on how to best deal with children during the pandemic. Healthcare workers should also share information on the subject with policymakers (14,38). Children need to feel safe and comfortable to communicate, so playful strategies, like creating and telling stories can be useful (18).

› Final considerations

Traumas negatively impact children's emotions and behaviors, interfering in psychosocial development throughout their lives. Pandemic and social distancing have changed the children's routines, making them more sad, lonely, irritable, worried and anxious; these changes in mood pose risks to children's psychosocial health and should therefore be prevented, identified and treated.

Protecting children's psychological health during the pandemic is a challenge for government, hospital authorities, healthcare workers, caregivers and parents. When children or parents are hospitalized or quarantined authorities should provide measures so that children can communicate with parents. Government needs to create strategies to protect children's well-being during the social distancing. It is imperative to find solutions so that children, whose parents continue to work, are not left alone without the presence of an adult. It is also necessary to support those whose parents died during the pandemic.

Furthermore, it is important to ensure the promotion of quality and safe care for children. Healthcare workers as educators should encourage friendly communication between parents and children,

providing information about the disease and the need for preventive measures which may mitigate the effects of the pandemic. Children should be encouraged to share their feelings and emotions.

Nursing care is based on a holistic view of the human being, paying attention not only to patients' physical health but also to their psychosocial health. Currently, nurses play a fundamental role in the treatment and prevention of COVID-19. Nurses are also important to monitor children and identify possible changes in their behaviors due to the pandemic and the social isolation. It is essential to share information with authorities to create measures to protect children's psychological health. Nurses will also be too important in the post-pandemic period for supporting children that may develop pathologies due to traumas they can have faced during the pandemic period.

It is necessary to take care of children now and also think about measures to meet possible demands of the post-pandemic child population, protecting this group which is not being seen as a risk group for COVID-19, but whose psychosocial health is under great threat.

› Bibliographic references

1. World Health Organization (WHO). Timeline of WHO's response to COVID-19. Switzerland, Geneva: WHO. [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
2. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey M J, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *J Diabetes metab syndr*. 2020; 14(5): 779–88.
3. Rothstein R, Olympia RP. Scholl nurses on the front line of healthcare. The approach to maintaining student health and wellness du-

- ring COVID-19 school closures. NASN School Nurse. [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1942602X20935612>
4. Das N. Psychiatrist in post-COVID-19 era-are we prepared? *Asian J Psychiatr*. [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]; 51(2020):102082. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139240/>
 5. Ghosh R, Dubey MH, Chatterjee S, Dubey S. Impact of Covid-19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*. 2020 (Jun); 72 (3):226-35.
 6. Humanium. Children in the world. The global children's right situation, by country [Internet]. 2021. [accessed 10 Feb 2021]. Available from: <https://www.humanium.org/en/children-world/>
 7. United Nations Children's Fund (UNICEF). How many children and young people have internet access at home? [Internet]. UNICEF; 2020. [Updated 01 Dec 2020; accessed 19 Feb 2021]. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/how-many-children-and-young-people-have-internet-access-home-estimating-digital>
 8. Tejedor S, Pulido C. Challenges and risks of Internet use by children: How to empower minors?, *Comunicar Scientific Journal of Media Education*. [Internet]. 2012. [accessed 20 Feb 2021]; 20 (39):65-72. Available from: <https://www.revistacomunicar.com/verpdf.php?numero=39&articulo=39-2012-08&idioma=en>
 9. Martins L. Principais desafios da nova geração de crianças. *Tribuna online*. [Internet]. 2020 mar 04. Suplemento Especial [accessed 15 Aug 2020]. Available from: http://abed.org.br/arquivos/Principais_desafios_da_nova_geracao_de_crianças_Tribuna_Online.pdf
 10. Apaydin Ç, Kaya F. An analysis of the preschool teachers' views on alpha generation. *EJES*. [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]; 6(11):123-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.46827/ejes.v0i0.2815>
 11. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020; 383(6): 510-12.
 12. Williams TP, Pontalti K. Children protection learning brief#2. [Internet]. UNICEF; 2020. [Updated 10 Oct 2020; accessed 19 Feb 2021]. Available from: <https://www.unicef.org/media/83951/file/MHPSS-UNICEF-Learning-brief.pdf>
 13. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasol, M. Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Front Psychol*. [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 11(1713). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350926/>
 14. Engström M, Hiltunen J, Walby, Lucas S. Children Health Nurses' experiences addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta Paediatr*. 2021; 110: 574-83.
 15. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]; 36(4): e00074420. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678-4464-csp-36-04-e00074420.pdf>
 16. Ergonen AT, Biçen E, Ersoy G. COVID-19 salgınında ev içi şiddet (domestic violence during the COVID-19 pandemic). *Adli Tip Bulteni*. [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]; 25 (Spe I): 48-57. Available from: <https://www.submit.adlitipbul->

teni.com/index.php/atb/article/view/1408/1819

17. Cohen J, Goodman R, Kliethermes MD, Epstein C. Helping children with traumatic separation or traumatic grief related to COVID-19. Durham, National Center for Child Traumatic Stress. [Internet]. 2020. [Updated 2020; accessed 15 Aug 2020]. Available from: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/helping_children_with_traumatic_separation_or_traumatic_grief_related_to_covid19.pdf

18. Navarro I, Hadad AC, Pereira LT, Szylit R. Ajudando as crianças a enfrentarem o luto pela perda de pessoas significativas por COVID-19. Rev Soc Bras Enferm Ped. [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 20 (Esp):85-90. Available from: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-20-spe-0085/2238-202X-sobep-20-spe-0085.x49543.pdf

19. United Nations Children's Fund (UNICEF). Psychosocial support for children during COVID-19. A manual for parents and caregivers [Internet]. UNICEF; 2020. [accessed 19 Feb 2021]. Available from: <https://www.unicef.org/india/media/3401/file/PSS-COVID19-Manual-ChildLine.pdf>

20. Bastos Do Prado AJC. O desenvolvimento psicossocial na perspectiva de Erik H Erikson: As oito idades do homem. Revista Educação [Internet]. 2016. [accessed 20 Feb 2021]; 11(1):78-85. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2265>

21. Center for MH in Schools & Student/Learning Supports. Common psychosocial problems of school aged youth: Development variations, problems, disorders and perspectives for prevention and treatment. [Internet]. 2018. [accessed 20 Feb 2021]. Available from: <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/psysocial/entirepacket.pdf>

22. Leach LS, Dinh H, Cooklin A, Nicholson JM, Strazdins L. Australian parents' work-family environment and mental health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01944-3>

23. Zhang X, Zhu W, Kang S, Qiu L, Lu Z, Sun Y. Association between physical activity and mood states of children and adolescents in social isolation during the COVID-19 Epidemic. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 17 (20): 7666. Available from: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-882133>

24. Morgül E, Kallitsoglou A, Essau C A. Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 7 (3):42-48. Available from: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/008_0.pdf

25. Parekh BJ, Dalwai S H. Psychosocial impact of COVID-19 pandemic on children in India. Indian Pediatrics. [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 57:1107. Available from: <https://www.indianpediatrics.net/dec2020/1107.pdf>

26. United Nations Children's Fund (UNICEF). What will a return to school during the COVID-19 pandemic look like? What parents need to know about school reopening in the age of coronavirus. [Internet]. UNICEF; 2020. [accessed 15 Aug 2020]. Available from: <https://www.unicef.org/coronavirus/what-will-return-school-during-covid-19-pandemic-look>

27. Becker S, Gregory A. Editorial Perspective: Perils and Promise for Child and Adolescent Sleep and Associated Psychopathology during the COVID-19 Pandemic. J Child Psychol Psychiatry. 2020;

61(7): 757-9.

28. Marinho K. Abusos contra crianças e adolescentes aumentam durante pandemia. Camara Municipal de Sao Paulo [Internet]. 2020 jun 01; Notícias general: [accessed 15 Aug 2020]. Available from: <http://www.saopaulo.sp.leg.br/blog/abusos-contra-criancas-e-adolescentes-aumentam-durante-pandemia/>
29. Handley E. COVID-19 pandemic leads to rise in violence against women and girls in Asia Pacific, new report shows. ABC News. [Internet]. 2020 jul 21; News. [accessed 15 Aug 2020]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/2020-07-22/violence-against-women-and-girls-asia-pacific-covid-19-report/12476030>
30. Sabpaitoon P. Pandemic of abuse. Bangkok Post. [Internet]. 2020 jul 27; Business. [accessed 15 Aug 2020]; Available from: <https://www.bangkokpost.com/business/1958095/pandemic-of-abuse>
31. Rosenthal CM, Thompson LA. Child Abuse Awareness Month During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Pediatr.* 2020; 174(8):812.
32. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]; 14 (20). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
33. Skokauskas N, Leventhal B, Cardeli EL, Belfer M, Kaasball J, Cohen J. Supporting children of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* [Internet]. 2020. [accessed 15 Aug 2020]; 18(1-2). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01604-6>
34. Bezerra FG, Santana ACS, Torres AS, Vieira FM, Johanson L, Faira L, et al. Desafios de profissionais de Enfermagem Pediátrica frente à pandemia da COVID-19. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 28: e3367. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3367.pdf
35. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020; 4(5): 347-9.
36. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C. et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* [Internet]. 2017. [accessed 15 Aug 2020]; 2: e356–e366. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(17\)30118-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(17)30118-4.pdf)
37. Da Silva AL. Para repensar o modelo adultocentrado de nossas relações junto às crianças. *Fragmentos de Cultura.* [Internet]. 2016. [accessed 20 Feb 2021]; 26(3): 455-65. Available from: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/articulo/download/4755/2790>
38. Fry-Bowers EK. Children are at risk from COVID-19. *J Pediatr Nurs.* [Internet]. 2020. [accessed 20 Feb 2021]; 53: A10–A12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.026>

Aplicación del proceso enfermero según teorías y modelos en el potencial donante: estudio de caso.

Autores:

Antonio Ramírez Palma. Enfermero, Especialista en Cuidados Críticos del Adulto y Adulto Mayor. Unidad de Paciente Crítico Adulto. Hospital Gustavo Fricke. Viña del Mar. E-Mail: antonio.ramirez@alumnos.uv.cl

Ruddy Freire Vicencio. Enfermero. Servicio de Medicina. Hospital Gustavo Fricke. Viña del Mar .

Fecha de Recepción: 30.09.2020

Fecha Aceptación: 10.02.2021

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2736>

› Resumen

La muerte encefálica es el cese irreversible en la función de estructuras neurológicas, intracraneales, lo que supone un compromiso neurológico que requiere de cuidados específicos en unidades de mayor complejidad donde el profesional de enfermería debe considerar en su quehacer cuidados fundamentales en el soporte no solo hemodinámico, sino también que involucren a la familia y entorno, los cuales son ejecutados tanto de forma independiente como en conjunto de la acción médica e influyen en la toma de decisiones de la familia.

El objetivo del presente estudio de caso se basa en desarrollar un proceso de enfermería en una unidad de cuidados intensivos en una persona con diagnóstico de Muerte Encefálica, basado en teorías y modelos que sistematicen el cuidado y que permitan fundamentar la práctica clínica.

Para realizar la valoración se utilizaron como referentes la teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson y la teoría del final de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore. El establecimiento de diagnósticos fue planteado mediante el formato NANDA, los indicadores fueron descritos según criterios de resultados NOC y las intervenciones según formato NIC.

El profesional de enfermería es clave para la humanización de los cuidados al final de la vida, donde se debe de considerar no solo a la persona sino también a familia y entorno. La elaboración de un plan de cuidados basado en un modelo teórico de enfermería permitirá fortalecer el cuidado integral del binomio familia/paciente.

› **Palabras claves:** Unidad de cuidados intensivos, proceso de enfermería, teorías de enfermería, estudio de caso, relación de familia (DeCS - BIREME).

Application of the nursing process according to theories and models in the potential donor: case study

› Abstract

Brain death is the irreversible cessation in the function of neurological, intracranial structures, both in the cerebral hemispheres and the brainstem, which implies a neurological compromise that requires specific care in more complex units, where nurses must consider in their care planification, not only hemodynamic support, also involving the family and environment. These cares are carried out both, independently and in conjunction with medical action, and influence the decision-making of the family, in addition to a theoretical framework based on theories and models that support the profession.

The objective of this case study is developing a nursing process in a person with brain death in an intensive care unit, based on Nursing theories and models that allows systematize care and sustain the clinical practice.

To carry out the assessment were used as references, Virginia Henderson's theory of basic human needs and Cornelia Ruland and Shirley Moore's theory of the end of life. Diagnosis were established using the NANDA format, the indicators were described according to NOC results criteria and the interventions according to the NIC format.

Nurses are fundamental in the humanization of end-of-life care, where the person, the family and environment should be considered. The elaboration of a nursing process (care plan) based on a theoretical nursing model will make it possible to strengthen the comprehensive care of the family / patient binomial., it must also generate a leadership and active role in the creation of strategies towards integration of this binomial, despite the existence of limitations that can affect the harmony of the process.

› **Keywords:** Intensive care units, nursing process, nursing theory, case reports, family relations (DeCS).

› Introducción

La muerte encefálica (ME) se define como el cese irreversible en la función de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del tronco encefálico. Esta situación clínica aparece cuando la presión intracraneana se eleva por encima de la presión arterial sistólica de la persona lo que da lugar a una disminución del flujo sanguíneo cerebral (1). En Chile, este evento se define como la muerte de una persona ocurrida a causa de un daño neurológico severo que genera el cese total e irreversible de la actividad cerebral, situación que posee un marco ético y legal dentro de la legislación (2 - 4).

El cese de las funciones cerebrales se determina mediante certificación unánime e inequívoca, entregada por facultativos médicos, de los cuales al menos uno debe de pertenecer al área de neurología o neurocirugía y no formar parte del equipo que participe en la cirugía para el trasplante de órganos (2). Esta certificación se otorga cuando se comprueba la abolición total e irreversible de todas las funciones encefálicas, lo que será acreditado con la certeza diagnóstica de las causas, según parámetros clínicos corroborados por pruebas o exámenes calificados. La normativa nacional implica considerar, como mínimo, que la persona cuya ME se declara, presente las siguientes condiciones (2, 5):

- Ausencia de movimientos voluntarios observados durante una hora.
- Apnea luego de tres minutos de desconexión de ventilador mecánico.
- Ausencia de reflejos tronco-encefálicos.

En este contexto, el profesional de enfermería debe considerar - en su quehacer asistencial- el brindar cuidados fundamentales no solo en el

soporte hemodinámico sino también cuidados que involucren a la familia y al entorno. Estos cuidados son ejecutados de forma independiente y también en conjunto con la acción médica e influyen en la toma de decisiones de la familia, debido a que frente a la sospecha de un cuadro de ME se debe de considerar y relacionar con la donación de órganos (6).

Dentro del rol y los cuidados de enfermería a considerar en la preparación para el diagnóstico de la ME bajo la sospecha de esta se encuentran (7, 8):

- Mantenimiento de la función cardiovascular, respiratoria y la termorregulación.
- Mantenimiento hidroelectrolítico y de la función endocrino - metabólica.
- Mantenimiento de la coagulación y función renal.
- Prevención de infecciones.

Dichos cuidados se ejecutan en unidades de alta complejidad como son las unidades de cuidados intensivos, que es donde finalmente se lleva a cabo el estudio de la ME la cual finaliza a través de la ejecución del test de apnea, este implica cumplir con ciertos criterios específicos donde el profesional de enfermería genera una participación activa, relativa al cuidado. Dichos criterios a cumplir son (8):

- Ausencia de fármacos depresores del sistema nervioso central (SNC).
- Ausencia de hipotermia grave (temperatura central igual o menor a 32°C).
- Ausencia de alteraciones metabólicas (por ejemplo, cuadros de hiperglicemia o hipoglicemia) o endocrinas graves (por ejemplo, diabetes insípida).

- Ausencia de inestabilidad hemodinámica severa.
- Asistencia por medio de ventilación mecánica invasiva con oxigenación adecuada, sin bloqueo neuromuscular.

Dentro de los cuidados asistenciales del profesional de enfermería, toma relevancia no solo un manejo de la persona desde una esfera fisiopatológica, sino también considera la preparación de la familia frente a la toma de decisiones como de aquellas necesidades que sean expresadas por estos, resulta ser entonces un proceso fundamental y propio del quehacer de la profesión (9). De esta forma, los cuidados centrados en la persona y la familia buscan mantener una integralidad desde la perspectiva biomédica aportando desde la profesión, el quehacer y el rol, con un enfoque holístico e integral para así generar un acercamiento a la realidad del estado de salud de la persona, mientras que frente a las necesidades de la familia, el cuidado se basa en la preparación al duelo en caso de que sea diagnosticada la ME.

El rol del profesional de enfermería relativo al cuidado se respalda en Chile, a través de un marco ético y legal, el cual supone que “los servicios profesionales enfermeros/as comprenden la gestión del cuidado...” (10), es por esto, que la práctica asistencial se ampara en el uso de modelos teóricos de la disciplina que facilitan la profundización y la generación de nuevos conocimientos a partir de la experiencia clínica, fortaleciendo de esta manera el rol y el crecimiento profesional (11). Por lo anterior, el desarrollo y la aplicación de modelos teóricos de enfermería en la práctica, permite orientar y dirigir los cuidados hacia un objetivo claro, basado en la satisfacción de aquellos estados deficientes de la persona y familia para alcanzar un estado de equilibrio o satisfacción.

Bajo la mirada de los cuidados intensivos, la importancia de la valoración por medio de la teoría de Virginia Henderson recae en una visualización de manera integral de diferentes necesidades o patrones que presente la persona al momento de recibir la atención y que por medio del juicio clínico el profesional de enfermería sea capaz de identificar aquellas que requieren de una mayor intervención desde lo fisiológico a lo biopsicosocial, así entonces, esta teoría permite y dirige la entrega de cuidados en forma paralela al riesgo vital, hecho que resulta relevante al brindar una atención integral(12, 13).

A su vez la teoría de Cornelia Ruland y Shirley Moore, es aplicable a los distintos escenarios en que se promueve la muerte digna, el metaparadigma se basa en la valoración, la cual depende del contexto y experiencia propia de la persona y su familia, aspectos relevantes a considerar pues, no solo el profesional de enfermería debe dar curso de intervención a aspectos fisiológicos, sino más bien y de acuerdo al contexto en que se enfrenta, debe dirigir la atención a una esfera más trascendental(14).

De acuerdo a lo anterior, es que se busca integrar un cuidado holístico en base a las reales necesidades que requieren ser suplidas bajo la intervención del profesional de enfermería, esto no solo considera a la persona bajo una condición de salud alterada o con cierto nivel de dependencia, sino también, considera a la familia como un eje paralelo a la atención de salud, lo anterior con el objetivo de lograr una integración del cuidado en base a teorías y modelos que orientan y fundamentan la práctica clínica.

Frente a esto, el objetivo del presente estudio de caso fue desarrollar un proceso de enfermería a una persona con diagnóstico de ME hospitalizada en una de una unidad de cuidados intensivos,

basado en la teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson y la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore, teorías que permiten guiar la práctica clínica considerando la formulación de cuidados de enfermería para la persona y la familia como una integración del cuidado, de forma tal que se permita fundamentar el cuidado y estructurar la atención clínica en base a componentes teóricos que son la pilares de la profesión.

› Metodología

Para el presente estudio de caso se utilizaron dos referentes teóricos: la teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson y la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore, con el fin de incorporar y realizar un análisis e integración de ambas considerando al binomio paciente/familia.

La teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson señala:

“la función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) (sic) ...” (12, 13)

el desarrollo de esta función indica que el concepto de los cuidados de enfermería, permiten – de cierta manera – legitimar la función propia de un profesional de forma independiente y definir el área de colaboración con los otros integrantes del equipo de salud. Henderson determina necesidades de la persona sobre las cuales se debe buscar lograr un estado de satisfacción para mantener una armonía e integralidad, esto se vincula con aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, además existe una interacción entre cada una de ellas – de las necesidades – por

lo que no deben de interpretarse o entenderse de forma aislada, dicho lo anterior, se deben de conocer, interpretar y analizar para levantar los problemas sobre los cuales el profesional de enfermería ha de realizar sus cuidados, es por esto que el uso de la teoría de las necesidades básicas resulta esencial para plantear y levantar la valoración de enfermería (12, 13).

Por su parte, la teoría del final tranquilo de la vida formulada por Cornelia Ruland y Shirley Moore (14), se enfatiza en las interacciones entre la persona y la familia, lo que resulta ser su eje principal, dicha teoría pretende asegurar la calidad del final tranquilo de la vida a través de sistemas de comunicación considerando como ejes principales (14, 15):

- **Ausencia de dolor**, facilitar la ausencia de sufrimiento o molestias durante el final de la vida.
- **Experiencia de bienestar**, alivio de molestias que lleven a un estado de relajación y satisfacción para permitir un final placentero.
- **Experiencia de dignidad y respeto**, se debe de considerar a la persona como un ser autónomo, los cuidados deben ser dirigidos hacia el respeto de la privacidad como de las necesidades de la persona y familia.
- **Estado de tranquilidad**, dar calma, armonía y satisfacción, prevenir estados de ansiedad y agitación.
- **Proximidad de los allegados**, mantener un sentimiento de conexión a otros seres humanos que se preocupan por la persona enferma.

Es imprescindible tener en consideración que la experiencia del final de la vida es única y propia de cada persona, se debe priorizar la proximidad con la familia y/o cercanos, por tanto, resulta relevante valorar redes de apoyo y generar instancias

de interacción entre el personal de salud y la familia. El alivio del dolor físico como emocional y un ambiente tranquilo, se convierten en acciones mínimas que pueden entregar y asegurar a una persona en estado terminal para aumentar la calidad de vida y así alcanzar un final tranquilo, y por lo tanto un buen morir, lo cual supone desafíos para el profesional de enfermería en su práctica clínica.

› Descripción del caso

La valoración se realiza por medio de revisión de documentos con autorización de unidad de archivos y fichas clínicas del centro asistencial, no existe exposición de información clínica sensible o algún otro dato vinculante.

La aplicación del proceso de enfermería se desarrolla en un adolescente de 15 años sin antecedentes mórbidos, el cual presenta accidente de alta energía siendo rescatado por el servicio de atención médica de urgencia. Durante traslado a centro asistencial se presenta actividad eléctrica cardíaca inestable con resultado de asistolia que conlleva a paro cardiorrespiratorio (PCR). Ingresa a unidad de emergencia en dicho contexto, donde se mantienen maniobras de reanimación avanzada con resultado de retorno de la circulación espontánea tras 20 minutos de reanimación.

Post – PCR se inicia apoyo hemodinámico con vasoactivos (noradrenalina en dosis $>0,8\mu/kg/min$), se realiza aporte con cristaloides y hemoderivados además de conexión a ventilador mecánico invasivo (VMI). En la evaluación neurológica se mantiene un Glasgow (GCS) 3 puntos, pupilas midriáticas, ausencia de reflejo corneal y fotomotor bilateral. La tomografía axial computarizada de cerebro describe signos de hipertensión endocraneana con trauma raquímedular grave con luxación y fractura de C1 – C2.

En este contexto, ingresa a unidad de cuidados intensivos para manejo, se describe cuadro de vasoplejia intensa secundario a shock neurogénico, hemodinamia aun inestable con dosis de noradrenalina en titulación progresiva, neurológicamente sin cambios respecto a controles previos, se describe por equipo ausencia de administración de fármacos sedantes o depresores del SNC, mantiene pendiente ejecución del test de apnea frente a sospecha de posible cuadro de muerte encefálica secundaria a evento de alta energía.

Respecto a la familia, el núcleo familiar cercano compuesto por familiares de primer y segundo grado se presenta en unidad a la espera de ingreso o primer acercamiento posterior evento traumático. El personal médico y de enfermería ha indicado el estado de gravedad de la persona sin mencionar sospechas diagnósticas relativas a la ME, pronóstico o complicaciones.

› Valoración

El estado de salud de la persona al momento de la valoración se posiciona previo a la ejecución del test de apnea, procedimiento concluyente del diagnóstico de ME. Respecto a la valoración de la familia, esta se ha de realizar en el momento previo al primer contacto físico con la persona desde el evento desencadenante del estado de salud actual. Dicha valoración se ha de presentar de acuerdo con la teoría de Virginia Henderson con el planteamiento de las necesidades básicas humanas (12, 13) (Tabla 1), para posteriormente establecer indicadores de resultado e intervenciones de enfermería.

TABLA 1. VALORACIÓN DE ACUERDO CON VIRGINIA HENDERSON

Necesidad	Estado
Oxigenación y circulación	Dependencia absoluta, manejo de vía aérea avanzada con requerimientos de VMI en modo asistido controlado por volumen, mantiene falla respiratoria moderada, último control gasométrico con presión arterial de dióxido de carbono 55mmHg y una saturación arterial de oxígeno >94%. Existe dependencia hemodinámica absoluta, con requerimientos de infusión de noradrenalina a 0,47µ/kg/min para mantención de una presión arterial media >70mmHg, se mantiene taquicardia de alta frecuencia en ritmo sinusal.
Alimentación e hidratación	Dependencia absoluta, aporte parenteral de soluciones hipertónicas, glicemia capilar 187mg/dl, presencia de sonda nasogástrica a caída libre sin contenido. Entre los electrolitos plasmáticos destacan sodio 160mEq/Lt – potasio 4,0mEq/Lt.
Eliminación	Dependencia absoluta, presencia de catéter urinario permanente #16, débito urinario en primeras 4horas cercano a 5cc/kg/hr. Último control de laboratorio: creatinina 1.48mg/dl y CK – total 7040mg/dl.
Movimiento y postura	Dependencia absoluta, sin posibilidad de movilización por inestabilidad hemodinámica en conjunto por incapacidad motora secundaria a lesión traumática encefálica.
Reposo y sueño	Dependencia absoluta, compromiso neurológico en GCS 3pts desde el ingreso lo que no permite obtener más información.
Vestirse y desvestirse	Dependencia absoluta, el compromiso neurológico deriva en asistencia completa por el equipo de salud.
Termorregulación	Dependencia absoluta, asistencia del equipo de salud para mantener temperatura en rangos adecuados, se mantiene en estado de hipotermia leve con 35,8°C secundario a alteración hipotalámica producto de evento de alta energía.
Higiene y protección de la piel	Dependencia absoluta, asistencia del equipo de salud, mantiene riesgo alto de lesiones en la piel según escala Braden (8pts) (16), zonas de apoyos indemnes.
Seguridad	Dependencia absoluta, necesidad de medidas de prevención de riesgos, escala de riesgo de caídas Norton >2pts (17).
Comunicación	Dependencia absoluta, presenta compromiso neurológico severo con manejo avanzado de vía aérea e imposibilidad de comunicación tanto verbal como no verbal.
Creencias y valores	Dependencia absoluta, no es posible obtener información relativa a esta necesidad por el estado de gravedad de la persona, la información es recopilada a través de la familia donde resulta infructuosa debido a desconocimiento de las creencias de la persona.
Auto realización	Dependencia absoluta, etapa de vida según Erikson (18) en fase de identidad versus confusión, interrumpida por crisis de salud presente.
Aprender	No es posible obtener información relativa a la persona secundario al estado de gravedad.
Ocio	No es posible obtener información relativa a la persona secundario al estado de gravedad.

De acuerdo con la teoría del final la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore (14) se plantea la valoración establecida de acuerdo con los ejes de

la teoría y su vínculo con la persona y la familia (tabla 2).

TABLA 2. VALORACIÓN DE ACUERDO CON LOS EJES DE LA TEORÍA DEL FINAL DE LA VIDA DE RULAND Y MOORE

Ausencia de dolor	En la persona el dolor físico considera evaluación por medio de escala ESCID (escala de conductas indicadoras del dolor) (19) con resultado 0 de 10 posibles puntos, no así el dolor espiritual donde secundario a la gravedad de la persona no existe posibilidad de comunicación verbal como no verbal. La medición del dolor en la familia resulta compleja pues este dolor no solo puede ser físico, si no mas bien, resulta ser espiritual donde la evidencia de quiebres emocionales, llanto o manifestaciones del estado de labilidad emocional se hacen presentes durante la entrevista con la familia.
Experiencia de bienestar	En la persona el bienestar no puede ser evaluado de forma cuantitativa o cualitativa por el estado neurológico presente. Por otro lado, en la familia una entrevista dirigida permite identificar aspectos cualitativos con manifestaciones claras mediante el lenguaje no verbal como evasión de la mirada, brazos cruzados, cejas fruncidas, aspectos claros de un estado de descontento (20) que puede vincularse a la primera de etapa de las fases del duelo, la negación según la teoría de Kübler – Ross (21).
Experiencia de dignidad y respeto	Frente a la persona en estado de gravedad no es posible conocer el nivel de satisfacción que presenta en este eje, por lo que es en la familia donde la entrevista se dirige para adquirir información sobre su propia experiencia, destaca una postura esquiva frente al conocer cuáles son los deseos pues aún no se presenta el contacto directo y la información entregada resulta ser insuficiente.
Estado de tranquilidad	En la persona por presentar un estado neurológico deprimido la evaluación de este aspecto resulta inaccesible. En la familia, por medio de evaluación cualitativa dirigida, a través de entrevista directa, se pretende obtener la perspectiva sobre el logro de un estado de tranquilidad físico como espiritual, resulta relevante para estos últimos el acompañamiento familiar como eje fundamental, seguido de la adquisición de la información sobre el estado de salud y pronóstico.
Proximidad de los cercanos	En la persona no es posible obtener información acerca de este aspecto secundario al estado de gravedad. Se busca en la familia conocer las preferencias respecto al acercamiento donde de forma clara se realiza la solicitud de acompañamiento de la mayor cantidad de personas que compone su núcleo familiar en la medida que el personal lo permita.

› Diagnósticos de enfermería, objetivos e indicaciones

El establecimiento de los diagnósticos de enfermería será mediante formato NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) versión 2015 – 2017 y la jerarquización será según gravedad, a su vez los indicadores de enfermería se plan-tean según criterios de resultados – NOC (Nursing Outcomes Classification) 5° edición (tabla 3 y 4) y las intervenciones de enfermería en formato NIC (Nursing Interventions Classification) 6° edición

(tabla 5 y 6), dicha presentación será de acuerdo a un plan de trabajo con la persona en un estado de salud crítico, como de forma paralela a la familia.

El plan de enfermería se enfoca en aspectos fisiológicos de preparación para la confirmación de un posible cuadro de ME en la realización del test de apnea según los criterios que presentan mayor déficit para la realización del mismo, mientras que en la familia se han de desarrollar aspectos humanos vinculados al estado emocional evidenciado según el uso de teorías.

TABLA 3. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS Y CRITERIOS DE RESULTADO PARA LA PERSONA

NANDA	NOC	Indicador a la valoración	Indicador esperado
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	0503 <i>Eliminación urinaria</i> Cantidad de orina Claridad de la orina Color de la orina	Gravemente comprometido	Moderadamente comprometido
00006 Hipotermia	0800 <i>Termorregulación</i> Temperatura cutánea Coloración cutánea	Desviación moderada	Sin desviación

TABLA 4. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS Y CRITERIOS DE RESULTADO PARA LA FAMILIA

NANDA	NOC	Indicador a la valoración	Indicador esperado
00147 Ansiedad ante la muerte	2007 Muerte confortable Calma Sufrimiento Bienestar psicológico	Grave	Moderado
00136 Duelo	2003 Severidad del sufrimiento Aflicción Desesperanza Temor	Grave	Moderado

TABLA 5. PLAN DE INTERVENCIONES PARA LA PERSONA CON ALTERACIÓN DE SALUD

NANDA	Intervenciones de enfermería – NIC	Actividades
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	0590 Manejo de la eliminación urinaria	Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo frecuencia, consistencia, olor, color y volumen. Identificar factores que favorezcan la incontinencia urinaria excesiva (en este caso, el componente neurológico).
	4120 Manejo de líquidos	Mantener balance ingresos – egresos estrictos. Monitorizar estado hemodinámico: frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, diastólica y media. Apoyo farmacológico determinada la causa del excesivo egreso (en este caso terapia hormonal por desequilibrio neurogénico; uso de Desmopresina vía intranasal). Apoyo de fluidos endovenosos para compensar volemia según curso hemodinámico (titulación de vasoactivos secundario a exceso de pérdidas).
00006 Hipotermia	3800 Tratamiento de la hipotermia	Utilizar medidas de calentamiento pasivo (aumentar la ropa de cama y calentamiento de ropa). Utilizar medidas de calentamiento externo activo (uso de calentador de aire convectivo, mantas térmicas). Utilizar medidas de calentamiento interno activo de ser necesario (uso de líquidos temperados, humidificación activa).

TABLA 6. PLAN DE INTERVENCIONES PARA LA FAMILIA

NANDA	Intervenciones de enfermería – NIC	Actividades
00147 Ansiedad ante la muerte	Apoyo al cuidador principal – familia	Determinar el nivel de conocimientos de la familia respecto al estado de salud de la persona. Aceptar las expresiones de emoción negativa que presente la familia, dar soporte y ayuda. Proporcionar información sobre el estado de la persona cuando la familia lo solicite. Apoyar a la familia en el proceso de duelo utilizando escucha activa e integración.
00136 Duelo	5290 Facilitar el duelo	Favorecer la presencia familiar de acuerdo con las condiciones de la unidad. Respetar la privacidad e intimidad del proceso. Entregar el tiempo suficiente para la familia para el acompañamiento. Identificar las fuentes de apoyo familiar y comunitario/religioso para entregar herramientas de superación.

› Evaluación

La evaluación de las intervenciones permite definir su impacto, esto puede ser de acuerdo con:

- Ejecución del test de apnea para la confirmación o desestimación de la ME secundario al logro de los criterios para la ejecución del mismo.
- Comunicación de la familia y/o acompañantes de acuerdo expresión verbal como del lenguaje no verbal al personal de salud.

La ejecución del test de apnea es un proceso complejo y que se lleva a cabo con un gran número de intervenciones para lograr su realización y así confirmar el estado de ME, lo anterior supone un componente fisiopatológico de los cuidados, por ende, es que no se debe de dejar de lado la comunicación entre el profesional de enfermería y la familia, pues es un eje fundamental desde una perspectiva más humana. El profesional de enfermería debe de priorizar una comunicación efectiva con la familia, no sólo en base al estado de salud de la persona, sino que, a través de la expresión de emociones de los seres queridos, comprendiendo e integrando actividades para su ayuda, lo que incluye entregar privacidad y respeto, además se debe de buscar la confortabilidad del binomio paciente/familia a pesar de los factores que limiten su correcto alcance, como el ambiente relativo al contexto hospitalario, las normas propias de la institución, etc.

› Discusión y conclusión

El contar con referentes teóricos en la práctica clínica permite orientar el cuidado de enfermería. Así es como la teoría de Virginia Henderson (12, 13) menciona la muerte placentera que se correlaciona con el final tranquilo de la vida planteado por Cornelia Ruland y Shirley Moore (14). En la actua-

lidad, existe un gran desafío con respecto a los cuidados de enfermería y el cuidado al final de la vida en el contexto de la ME. En el cual, incluye el involucrar a la familia dentro del proceso - pues facilita la identificación de prioridades y necesidades que se presentan a lo largo del mismo -, la protocolización de los procesos en este tipo de casos, que incluyan y definan el rol del profesional de enfermería en su aplicación, pues su inexistencia forma parte de las dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida (22, 23). Por último, se debe incentivar al perfeccionamiento de los equipos en la adquisición de competencias de comunicación verbal y no verbal relacionados con aspectos éticos, puesto que, los gestos, movimientos y las miradas pueden indicar dimensiones mucho más profundas que las utilizadas en las palabras y que el equipo de salud, debe saber manejar e interpretar (24, 25).

Por otra parte, respecto a la taxonomía NANDA – NOC – NIC que guían y sistematizan el proceso de enfermería, resultan verse limitados en relación a las intervenciones necesarias para la ejecución de los cuidados a considerar dentro del plan de enfermería, por lo tanto, es imprescindible contar con un formato más flexible o alguno que pueda sustentarse en un juicio emitido por el profesional de enfermería y no solo a expensas de un formato estructurado (26), esto para levantar intervenciones integrales e individualizadas para favorecer la gestión del cuidado en lo relativo a la práctica clínica.

Resulta relevante destacar las contribuciones que el profesional de enfermería realiza en unidades de cuidados intensivos, donde se transforma en un miembro fundamental en el proceso de toma de decisiones dentro de la atención y los cuidados al final de la vida. Frente a este fenómeno, es que se plantea la necesidad de la implementación de

un un plan de cuidados basado en un modelo teórico de enfermería, que considere y favorezca no solo el rol de la/enfermera/o en las actividades independientes en este tipo de situaciones, sino también que considere los aspectos fisiológicos, fisiopatológicos y humanos de la persona y su familia según el estado de gravedad, de manera que exista un equilibrio entre la esfera biomédica y psicopsocial de la persona, su familia y el entorno para generar una integralidad en los cuidados (27, 28).

El plan de cuidados otorga beneficios documentados para la persona en lo relativo a una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, mientras que en el profesional de enfermería se potencia la capacidad de decisión y autocontrol, toma de conciencia y compromiso respecto del estado de salud, por otro lado, la institución presenta un incremento en la satisfacción del usuario externo y el fortalecimiento de la imagen institucional frente a la sociedad (29). Por ello resulta fundamental, levantar registros clínicos que contemplen la planificación de los cuidados con el propósito de adecuar la atención a las necesidades de la persona y su familia. La labor del profesional de enfermería no solo se basa en la calidad asistencial de los cuidados, sino que se enfoca en una mirada integral en lo relacionado a la responsabilidad moral, de acompañamiento y ayuda hacia la persona en el camino a una muerte digna respetando su autonomía hasta el final de la vida (30).

En esta línea, se debe concluir entonces que el profesional de enfermería es clave para la humanización de la muerte dentro de unidades de cuidados intensivos, donde debe generar un liderazgo y un rol activo en la creación de estrategias hacia la integración de cuidados al final de la vida, pese a que existen limitantes en la entrega de es-

tos cuidados, el uso de teorías y modelos resulta fundamental para guiar la atención con éxito en los resultados (31).

Se hace necesario el perfeccionar a los equipos de salud para integrar las diversas teorías en su quehacer diario, de esta forma la atención resulta ser más integral incluyendo no solo a la persona sino también a su familia, es un desafío para las instituciones como para los mismos profesionales el integrar dichos conceptos.

› Referencias bibliográficas

1. Aragonés R, De Rojas J. Cuidados intensivos, atención integral al paciente crítico. España: Panamericana; 2015. 529-33p.
2. Ministerio de salud (Chile). Ley 19.451: Establece normas sobre trasplante y donación de órganos. Santiago de Chile; 2013.
3. Ministerio de salud (Chile), Subsecretaría de salud pública (Chile). Ley 20.413: Modifica la ley 19.451, con el fin de determinar quiénes pueden ser considerados donantes de órganos y la forma en que pueden manifestar su voluntad. Santiago de Chile; 2010.
4. Ministerio de salud (Chile), Subsecretaría de salud pública (Chile). Ley 20.673: modifica la ley 19.451 respecto a la determinación de quiénes pueden ser considerados donantes de órganos. Santiago de Chile; 2013.
5. Díaz V. Muerte cerebral o muerte encefálica. La muerte es una sola. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2009; 20: 263 – 70.
6. Fortuna-Custodio JA, Rivera-Marchena JR, Jiménez-Lomas S, Morales-Flores ME, Roldan-García AM, Navarro-Paz I, Et al. Donación de órganos: metas del mantenimiento en el paciente con muerte encefálica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.

2014; 28(4): 221 – 38.

7. Hermosilla PA, Rocha S, Rodríguez M. Cuidados de enfermería en las etapas de donación – trasplante en Chile, aplicado a un caso clínico. *Enferm Nefrol.* 2012 (jul – sep); 15(3): 211 – 7.

8. Regueira T, Amudio C, Palavecino M, Zapata M, Neira R, Pedreros C, Et al. Manejo protocolizado del potencial donante adulto en UCI. *Rev Med Clin Condes.* 2019 (mar – abr); 30(2): 171 – 83.

9. Registered nurses association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas: Cuidados centrados en la persona y familia. Toronto (Canadá); 2015.

10. Ministerio de salud (Chile). Norma general administrativa N°19: Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. Santiago de Chile; 2007.

11. Avilés R, Soto C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm glob.* [Internet]. 2014 (abr). [Acceso 16 jul 2020]; 13(34). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015

12. Hooper V. Nightingale and Henderson: A Review of the Classics. *J PeriAnesth Nurs.* [Internet]. 2008 (abr). [Acceso 17 jul 2020]; 23(2). Disponible en: [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(08\)00025-7/pdf](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(08)00025-7/pdf)

13. Henderson V. The Nature of Nursing. A Definition and Its implicatios for practice, reseach, and education. Corona (EE.UU): Collier Macmilland Ltd; 1966. 84p.

14. Ruland C, Moore S. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook.* 1998; 46(4): 169 – 75p.

15. Gómez O, Carrillo G, Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. *Revi Latinoam Bioét.* 2016 (nov); 17(1): 60-79p.

16. Bergstrom N, Braden A. A clinical trial of the braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Clin North Am.* 1987; 22: 417 – 28p.

17. Norton D, Exton-Smith A, McLaren R. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Londres (Inglaterra): Churchill Livingstone; 1962. 248p.

18. Erikson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires (Arg): Paidós; 1985. 143p.

19. Latorre I, Solis M, Falero T, Larrasquitu A, Romay A, Millan I, et al. Validación de la escala de conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva.* 2011 (ene – mar); 22(1): 3 – 12p.

20. Pont T. La comunicación no verbal. Barcelona (España): UOC; 2008. 105p.

21. Kübler-Ross E. On death and dying. Nueva York (EE.UU): Scribner; 1997. 288p.

22. Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Gil-Llario MD, Gómez-Martínez S. Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados a una unidad de cuidados intensivos: valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Med Palliat.* [Internet]. 2011 (abr – jun). [Acceso 18 jul 2020]; 18(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X1170009X>

23. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez - Embarba B, Palacios-Ceña D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de

cuidados intensivos: la perspectiva de enfermería. *Gac Sanit.* [Internet]. 2017 (jul -ago). [Acceso 17 jul 2020]; 31(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300079>

24. Cilla A, Martínez ML. Competencias de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Med Paliat.* [Internet]. 2018 (jul - sep). [Acceso: 20 jul 2020]. 25(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X17300940>

25 Santos C, Shiratori K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. *Enferm glob.* [Internet]. 2008 (Feb). [Acceso 28 jul 2020]; 12. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/912/902>

26 Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio MC, Fernández-Gallego MC, Berrobiano E, Delgado A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales Sis San Navarra.* [Internet]. 2011 (ene - abr). [Acceso 22 jul 2020]; 34(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100006#.XU4liPYcp7s.google

27. Gálvez M, Ríos F, Fernández L, Del Águila B, Munumel G, Fernández C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva.* [Internet]. 2011. [Acceso 26 jul 2020]; 22(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910001124?via%3Dihub>

28. Cusco C, Guasch N. Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

Enferm Intensiva. [Internet]. 2015 (oct - dic). [Acceso 26 jul 2020]; 26(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239915000863?via%3Dihub>

29 Juárez-Rodríguez P, García-Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* [Internet]. 2009. [Acceso 26 jul 2020]; 17(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

30. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2010 (ene - mar). [Acceso 26 jun 2020]; 26(1). Disponible en: <http://ref.scielo.org/fq4r32>

31 González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* [Internet]. 2018 (jun). [Acceso 26 jul 2020]; 30(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239918300567?via%3Dihub>