

Horizonte

de enfermería

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Horizonte

de enfermería

VOLUMEN 26 N° 2
2015

Horizonte

de enfermería

Publicación cuatrimestral de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Fundada en 1990 por Erma Barrientos A., Cecilia Campos S. y Rina Pérez A.
Directora Escuela de Enfermería: María Isabel Catoni S.

Indexada en bases de datos Imbiomed, Lilacs, Latindex, Cuiden y Ciberindex

DIRECTORA

Paz Soto Fuentes
Magíster en Administración en Salud
Profesora Titular. Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Daniela Fuentes, EM.

SECRETARIA

Nora Ruz Morales

DIRECCIÓN

Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
Avenida Vicuña Mackenna 4860, Casilla 306, Correo 22. Santiago - Chile
Código Postal: 782 0436
Fono: (56 2) 2 354 5838
e-mail: revistahorizonte@uc.cl

Impreso en Ediciones e Impresiones Copygraph

Fono Fax: (56 2) 2 505 3606
Carmen 1985 - Santiago - Chile

COMITÉ EDITORIAL

Águeda Pereira, PhD., ME., E.

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

Ana María Alarcón, PhD., MA., BA.E.

Profesora Asociada, Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Claudia Pérez, MP., EM.

Directora Enfermería, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile.

Ester Gallegos, PhD., MNS., E.

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

Erick Landeros, PhD NSc.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Francisco Javier León, Phd.

Profesor Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Julia Sequeida, PhD., ME., LE.

Coordinadora de Investigación y Publicaciones, Facultad de Educación Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Lilian Ferrer, PhD., MSP, EM.

Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Lúcia Takase, PhD., ME., E.

Profesora Adjunta, Programa de Postgrado, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

Lynda Wilson, PhD., MSN., BSN.

Professor Associate Dean for Graduate Studies School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA.

Maria Soledad Smith, PhD., MNSc., RN.

Assistant Professor, University of Louisiana at Lafayette, College of Nursing and Allied Health Professions, Department of Nursing, USA.

María Teresa Urrutia, PHD., Mg., EM.

Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Nilda Peragallo, PhD., MSN., E.

Dean and Professor, School of Nursing and Health Studies, University of Miami, USA.

Paula Repetto, PhD., MA., Ps.

Profesora Asistente, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Rita L. Ailinger, PhD., MA., MS., BS.

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

Tatiana Párvic, PhD., MCE., E.

Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

Valeria Lerch, PhD., ME., E.

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

Yolanda Flores e Silva, PhD., Mg. Antropología

Profesora, Universidad Vale do Itajaí, Brasil.

SUMARIO

Volumen 26, Número 2, Año 2015

Editorial

Revista Horizonte de Enfermería, 25 años en la historia de la Escuela de Enfermería UC
Soto P.

9

Otras Contribuciones

Estudio exploratorio

Premio Espíritu de la Escuela de Enfermería UC.
Campos MC, Castellano A.

11

Recuento Histórico

Trayectoria histórica de la Escuela de Enfermería UC.
Castellano A.

19

Reflexión

Enfermería: diálogo entre profesión y disciplina
Campos MC.

29

Del autocuidado al automanejo: la Escuela de Enfermería UC en la vanguardia
del cuidado crónico.

*Lange I, Bustamante C, Alcayaga C, Escobar MC, Herrera L, Ferrer L,
Campos S, Urrutia M.*

37

La dignidad inherente al hombre a respetar, proteger y promover en todo
ser humano: una lucha que merece la pena para la protección de la humanidad.
Furstenberg C.

47

Normas de publicación

EDITORIAL

REVISTA HORIZONTE DE ENFERMERÍA, 25 AÑOS EN LA HISTORIA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA UC

JOURNAL HORIZONTE DE ENFERMERÍA, 25 YEARS IN THE HISTORY OF THE SCHOOL OF NURSING UC

Paz Soto-Fuentes

Profesora Titular

Directora Revista Horizonte de Enfermería

Escuela de Enfermería

Pontificia Universidad Católica de Chile

Presidenta Asociación Chilena de Educación en Enfermería

Muy pocas escuelas de enfermería tienen el honor de contar con una revista que las acompaña en más de un tercio de su trayectoria¹. Una revista que ha sido testigo tanto de su desarrollo institucional como del avance de la disciplina de enfermería.

En la actualidad se plantea con fuerza el papel que tienen las revistas en el impacto social del conocimiento científico en tres escenarios de transferencia: la comunidad científica, la organización y la ciudadanía². Este rol tan fundamental no está ajeno a controversia, la que plantea a los investigadores y autores la inquietud con relación a si la evaluación del conocimiento debe basarse solo en el impacto bibliométrico de las revistas donde publican, sin tener en cuenta su impacto social. Al parecer se deben conjugar estos dos enfoques por la trascendencia que tiene la difusión del conocimiento, porque en caso contrario cabe preguntarse ¿para qué se investiga?, considerando el bajo porcentaje de personas que leen artículos científicos, la respuesta es para aportar a la resolución de problemas de la sociedad, y allí encontramos la relevancia de contar con una revista científica.

Esto último se ve reflejado en los planteamientos del Plan de Desarrollo 2015-2020 de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en cuya misión se “aspira a lograr la excelencia en la creación y transferencia de conocimiento y en la formación de las personas, inspirada en una concepción católica y siempre al servicio de la Iglesia y de la sociedad” y en su visión de compromiso con la sociedad, interés social y aporte al desarrollo del bien común³.

Otro elemento que no se puede dejar de considerar es que contar con publicaciones científicas es un indicador importante de acreditación para las universidades y programas, especialmente si están indexadas en bases de datos e índices de citación; por su relación con criterios de evaluación como vinculación con el medio e investigación es innegable.

Actualmente las bases de datos más selectivas son: Scielo, Web of Science (WoS) o ISI Thomson Reuters para América Latina y Scopus. Los índices de citación son bases de datos especializadas en hacer mediciones de factores de impacto como la cantidad de citas por artículo y por autor que tiene la revista. Entre estos, cabe mencionar Journal Citations Reports (JCR) y SC Imago Journal & Country Rank (SJR).

La Revista Horizonte de Enfermería es una publicación científica inscrita el año 1990 como revista impresa en el International Standard Serial Number (ISSN), que en Chile es administrada por Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología CONICYT. Se encuentra indexada en las bases de datos: Imbiomed, Lilacs, Latindex, Cuiden y Ciberindex, sin embargo no ha logrado cumplir a cabalidad con los estándares internacionales para ingresar a las bases de datos más selectivas. Esto se debe principalmente, a que su gestión editorial ha sido

compleja especialmente por la falta de avance en procesos que le permitan mejorar su difusión y con ello la captación de artículos originales.

En este contexto, a partir de octubre 2014 se han ejecutado una serie de acciones que le han permitido lograr sustantivos avances en su gestión editorial que se verán reflejados a contar del año 2016. Se ha trabajado con el apoyo técnico de los profesionales de Bibliotecas UC en la mejora en la gestión Editorial con la implementación, en colaboración con el Servicio de Alerta al Conocimiento, del Open Journal System (OJS); que es un “sistema de administración y publicación de revistas electrónicas en internet que permite un manejo eficiente y unificado del proceso editorial, mejorando la cadena de edición y la difusión de las publicaciones⁴.

Esto significa que la Revista Horizonte de Enfermería a partir del año 2016 será una revista electrónica cuyo código ISSN En línea es 0719-6946 y la abreviatura de título según las normas del ISSN es “Horiz. enferm. (En línea)”. Junto a ello se han planificado estrategias y acciones concretas para abordar las tres áreas claves que permiten un desarrollo exitoso de una revista como son: 1) Captación y selección cuidadosa de artículos, 2) Equipo editorial compuesto en su mayoría por investigadores y 3) Promocionar la revista.

Finalmente, es importante destacar que el corazón que mantiene viva a una revista está compuesto por su público objetivo que son los académicos, lectores, investigadores y autores. Aquellos que por un lado leen sus artículos, los referencian en sus trabajos, con sus pares, con sus estudiantes; y por otro son los autores que las utilizan en el desarrollo de sus investigaciones y que también la difunden a nivel nacional, internacional y en sus equipos de investigación.

Para los próximos años, esperamos contar con todos ellos y ofrecerles la Revista Horizonte de Enfermería como un espacio de divulgación del conocimiento y de diálogo entre los diferentes profesionales de la salud y de otras disciplinas para publicar sus manuscritos.

Referencias Bibliográficas

- 1 Sánchez I. Editorial Conmemoración 100 años de Revista Universitaria UC. [Electrónica] 2015: 3 disponible en : www.uc.cl/es/revista-universitaria.
- 2 Hernández Zambrano, Sandra M. El FORO I+E-2015 aborda el impacto social del conocimiento ¿productores o predadores? Rev Paraninfo Digital, 2015; 22.
- 3 Pontificia Universidad Católica de Chile. Plan de desarrollo 2015-2020. Octubre 2015: 8-24 [Internet] Disponible en <http://www.uc.cl/es/plan-de-desarrollo>.
- 4 Public Knowledge Project [Internet] Disponible en: <https://pkp.sfu.ca/>

PREMIO ESPÍRITU DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA UC

SPIRIT AWARD FROM THE SCHOOL OF NURSING UC

M. Cecilia Campos Sandoval

Enfermera, Profesora Titular, Profesora Emérita Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Angela Castellano Salas

Enfermera, Profesora Titular Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Artículo recibido el 28 de diciembre, 2015. Aceptado en versión corregida el 26 de enero, 2016.

RESUMEN

Se da a conocer el “Premio Espíritu de la Escuela de Enfermería”, transcurrido 25 años de su creación, y el significado que ha tenido en quienes lo han recibido. Para ello se realizó un estudio exploratorio a través de una encuesta que se envió vía online a los 25 egresados premiados, invitándolos a responderla en forma voluntaria. Los resultados muestran que se sintieron honrados y orgullosos con el premio y, a la vez, con la responsabilidad y compromiso de representar los valores que destaca este reconocimiento. Relacionan el significado del premio con su ser como persona, con la vocación de servicio, el liderazgo y trabajo en equipo, con la responsabilidad de perfeccionarse en forma continua para otorgar cuidados de excelencia, y el compromiso con la formación de alumnos y pares. Respecto a las acciones que habitualmente realizan, y que dan cuenta de los valores que destaca el premio, mencionan en forma prioritaria el cuidado de enfermería integral, respetuoso, empático, amoroso y esperanzador hacia los pacientes y sus familiares. Entre las acciones que reflejan su compromiso social nombran las actividades de voluntariado, el trabajo en el sector público, la participación en programas de salud innovadores, y el apoyo a la formación de alumnos y pares. Asimismo incluyen la investigación en áreas que promueven el mejoramiento de la salud y las políticas públicas dirigidas a poblaciones vulnerables, la apertura de nuevos escenarios para enfermería, los aportes a la equidad y las iniciativas para mejorar los cuidados y el sistema de salud, en general. Finalmente, expresan su interés en mantener los vínculos con la escuela y sugieren una variedad de estrategias para reforzar la formación en valores de los estudiantes de enfermería.

ABSTRACT

It discloses the “Spirit Award from the School of Nursing,” after 25 years of its creation, and the meaning it has had on those who have received it. A survey was sent online via to the 25 graduates that won it, inviting them to voluntarily answer. The results show that felt honored with the prize and received it with great pride and, at the same time, with the responsibility and commitment to represent the values that enhance this recognition. They relate the significance of the award with their being as a person and with the vocation of service, leadership and teamwork, continuous improvement for responsibility of providing care of excellence and commitment to the training of students and peers. Regarding the actions they usually perform, and which account for the values that emphasizes the award, mentioned as a priority comprehensive, respectful, empathetic, loving and hopeful nursing care towards patients and family. Among the actions that reflect their social commitment named volunteer activities, working in the public sector, participation in innovative health programs, and support for the training of students and peers. They also include research in areas that promote improvement in health and public policies aimed at vulnerable populations, opening new scenarios for nursing, equity contributions and efforts to improve care and the health system in general. Finally, they express an interest in maintaining links with the school and suggest a variety of strategies to strengthen the teaching of values to nursing students.

INTRODUCCIÓN

El “Premio Espíritu de la Escuela de Enfermería” fue creado en el año 1990 con el propósito de destacar al alumno egresado de cada promoción que mejor representa los valores formativos de la Escuela de Enfermería UC (EEUC). Estos valores se expresan, según lo estipulado por el premio, en vocación de servicio, respeto al ser humano, responsabilidad, honestidad, alegría, optimismo, creatividad, liderazgo y compromiso con la Escuela y la profesión.

Este galardón se entrega anualmente en la Ceremonia de Titulación para distinguir al alumno o a la alumna que, a juicio de sus pares y del cuerpo académico, mejor encarna los valores mencionados. El año de su creación coincide con la promulgación de la Constitución Apostólica sobre las Universidades Católicas Ex Corde Ecclesiae (ECE), del Sumo Pontífice Juan Pablo II¹.

La Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile fue fundada en 1950 por la Congregación Religiosa “Esclavas del Amor Misericordioso de Jesús y María” con la misión de preparar preferentemente a las religiosas para que, además de otorgar cuidados con una sólida base teórico-práctica como resultado de una formación de nivel superior, realizaran con sus enfermos una labor evangelizadora² a través del ejercicio de la enfermería. Transcurridos 65 años de trayectoria de la unidad académica y vividas grandes transformaciones en todos los ámbitos, aún sigue vigente el espíritu de sus creadores el que es necesario cautelar para mantenerse fiel a la misión de la escuela y a la de una universidad católica

que, como institución de Iglesia, está llamada a “formar a todos los estudiantes de manera que lleguen a ser hombres insignes por el saber, preparados para desempeñar funciones de responsabilidad en la sociedad y a testimoniar su fe ante el mundo”. La misión y visión de la EEUC se enmarcan en la misión de la Universidad, la que “aspira a lograr la excelencia en la creación y transferencia del conocimiento y en la formación de personas, inspirada en una concepción católica y siempre al servicio de la Iglesia y la sociedad”³.

El propósito de este estudio es conocer el significado de este premio, y la forma como ha marcado la vida profesional de quienes lo han recibido

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio cuyo instrumento de recolección de información fue una encuesta de elaboración propia de ocho preguntas, dos cerradas y seis abiertas de respuesta breve, que se envió vía online a los egresados premiados, invitándolos a responderla en forma voluntaria.

De los 26 egresados que han recibido el premio, 22 son mujeres (85%) y solo 4 son hombres, lo que representa el 15% del total; porcentaje similar al número de estudiantes de sexo masculino que estudiaron enfermería en esta escuela durante ese período. Se transcribieron todos los datos y las respuestas a las preguntas abiertas se categorizaron acorde a los temas abordados en la encuesta.

Este artículo da a conocer la percepción de quienes han recibido el premio desde su creación en 1990 hasta el año 2014 (Tabla 1).

Tabla 1. Egresados “Premio Espíritu Escuela de Enfermería UC” 1990 - 2014

Egresados premiados Años 1990-2002	Egresados premiados Años 2003-2015
Miguel A. Morales Pardo (1990)	M. Magdalena Rodríguez Campusano (2003)
M. Soledad Hidalgo Foweraker (1991)	Violeta Godoy Martínez (2004)
Cherie Zúñiga Vásquez (1992)	Nicole Garay Unjidos (2005)
Patricia Carvallo Holz (1993)	María Fernanda Torres Gálvez (2006)
Pascale Pagola Davis (1994)	Víctor Contreras Ibacache (2007)
Sylvia Navarro Cabezas (1995)	Cecilia Gómez Gajardo (2008)
Pamela Valdevenito Aravena (1996)	Nathaly Juacida Martínez (2009)
Kareen Berger Vila (1997)	Dayann Martínez Santana (2010)
Claudia Zúñiga Ramírez (1998)	Macarena Amtahuer Rojas (2011)
Magaly Mora Ulloa (1999)	Aintzane Gallastegui Braña (2012)
Delfin Levicoy Almonacid (2000)	Lisette Ossio Abarca (2013)
Paulina Alarcón Orellana (2001)	Camila Valdés Martinic (2014)
Ana M. Martínez Nicolas (2002)	Maximiliano Sanhueza Guerra (2014)

RESULTADOS

Participaron respondiendo la encuesta un total de 22 de los 26 premiados (85%). La totalidad de ellos se encuentra ejerciendo la profesión, la mayoría en el sector privado, ya sea en instituciones de salud o empresas del rubro, y diez de ellos se desempeñan en la Red de Salud UC (45,5%). Sus edades van desde los 27 a los 49 años, y la mayoría se encuentran casadas/os.

Con respecto al premio, propiamente tal, todos recuerdan con mucho orgullo el momento que lo recibieron y refieren sentirse honrados y agradecidos de haber sido merecedores de este: “... es el premio más importante que podría recibir de la Escuela”; “fue un gran honor y orgullo recibirlo”; “haber sido el primer egresado en recibir este maravilloso reconocimiento, en representación de toda mi promoción, me enorgullece en demasía y me ratifica que el camino y la actitud que tomé desde el primer día de clases fue el correcto...”. Destacan que sean reconocidas las cualidades y valores de la persona, así como la vocación de enfermera(o), y no solo el rendimiento: “... por lo general siempre se premia la producción de los seres humanos... este premio va dirigido a la base fundamental de la persona, al motor que mueve el resto, a lo trascendente, al espíritu de esta”; “fue un reconocimiento a mi persona como un ser completo, más allá del rendimiento académico”. Asimismo, varios egresados sintieron el premio como un reconocimiento a su entrega y aporte durante su etapa de formación a través del trabajo voluntario, participación, entrega y compromiso con el desarrollo de la escuela y la universidad: “lindo reconocimiento reflejo de la entrega, el cariño y del trabajo realizado por 5 años en la Escuela”; “es un reconocimiento a un proceso hecho con amor”; “sentir que mi paso por la escuela había dejado una huella...”. Uno de los aspectos que valora la mayoría de los egresados fue que participaran los compañeros y profesores en la elección de la persona merecedora del premio: “me sentí muy agradecida de que mis pares y profesores me vieran como el espíritu de la generación”; “tiene valor agregado que sea otorgado por los pares, porque quiere decir que de algún modo uno se ha configurado en un referente”.

Significado del premio en el ámbito personal y profesional

Las opiniones se concentran en las características y valores del “ser” profesional

y en su aplicación al cuidado de enfermería y la profesión. Las características y valores que destacan, en primer lugar, son la responsabilidad y el compromiso de ser modelos y representantes del Espíritu Escuela de Enfermería UC, lo que constituye un sello distintivo. Algunos de sus testimonios: "... este premio puso sobre mis hombros una importante misión: divulgar los valores del Espíritu de la Escuela de Enfermería UC, más allá de las fronteras de nuestra Universidad"; "el ser reconocidos públicamente por algo impone el deber de ser ejemplo para el resto. En este sentido he tratado de ejercer mi profesión siempre fiel a los principios y valores..."; "este tipo de reconocimiento es relevar la importancia del ser. Es hacer consciente lo imprescindible que son nuestros valores, sentimientos, emociones y acciones. Uno ya sabe los aspectos del ser ineludibles para un buen profesional de enfermería, el desafío de este premio es su mantención en el quehacer diario". En ese sentido el premio constituye un estímulo para superarse y enfrentar los desafíos: "...hacer las cosas BIEN. Exigirme más cada día para ser mejor...".

Mencionan que este desafío implica también responsabilidad y compromiso con el trabajo, la institución, los pacientes y su vida en general: "cumplir con los compromisos adquiridos con mis pacientes y las instituciones de salud habla del sentido de la responsabilidad que mantengo como un valor ícono de mi trabajo..."; "ser fiel y consecuente con lo que creo en mi profesión"; "trabajo con lealtad, me parece fundamental el respeto entre los colaboradores. A veces es mejor perder algunas oportunidades laborales o hacer un camino más largo, pero no comprometer los valores esenciales de veracidad y respeto"; "disfrute del trabajo bien hecho. Sin importar cuál sea, me comprometo y pongo mi corazón en cada cosa que hago".

Entre las cualidades esenciales de este sello, los egresados releven la vocación de servicio como cualidad del ser como

persona que se demuestra en una actitud colaborativa y de entrega en el ámbito laboral o de la vida en general: "ayudar a quien lo necesita, sin importar si al hacerlo obtendré o no algo a cambio"; "tratar de hacer vida la palabra de Dios en mis actos y servir a los que trabajan junto a mí; participar, organizar, comprometerme y ofrecerme a hacer eso que nadie más quiere hacer"; "... la alegría, el optimismo y el entusiasmo por lo que hago, lo he tratado de mantener como parte de mi vida personal y profesional"; "es un importante recordatorio... que el compromiso es con nuestro lugar de trabajo, nuestros pacientes, nuestros colegas y nuestra sociedad".

También destacan la importancia del liderazgo y trabajo en equipo en la profesión de enfermería y algunos mencionan que el premio los estimuló a desarrollar, aun más, estas competencias: "ha marcado mi vida profesional desde la visión de ejercer la enfermería con mucha responsabilidad y creatividad. Siento que mi vida profesional la he dedicado a posicionar la profesión en rubros distintos donde las enfermeras somos un gran aporte"; "... el impacto que tiene ser enfermero en nuestro entorno, en ser gestores de cambios, incluso a nivel social, líderes en la gestión del cuidado de nuestros pacientes, en ser capaces de formar un entorno consciente de la importancia del cuidar de otro"; "reafirmó mi compromiso con la enfermería, mi capacidad de trabajo en equipo y la importancia del reconocimiento de los pares"; "... en salud, el trabajo conjunto es necesario para obtener buenos resultados, por lo que confiar en que el resto lo hace bien es no solo importante, sino fundamental".

Por otra parte opinan que el perfeccionamiento continuo da cuenta de los valores que ensalza este premio por un sentido de responsabilidad de otorgar cuidados de excelencia. Algunas citas: "formarme constantemente, creo que es parte de mi responsabilidad como profesional para dar no solo cuidados con amor, sino

que también con una sólida base teórica”; “perfeccionamiento continuo a través de cursos, diplomas y postítulo” o “buscar la evidencia científica y actualización en mi desempeño...”. Al mismo tiempo, consideran que tienen un compromiso con la formación de alumnos o profesionales jóvenes: “haber recibido este reconocimiento me da una motivación especial y un compromiso para transmitir su importante significado a los alumnos... o a colegas más jóvenes...”; “... no perder de vista que estamos en contacto con otro ser humano, ser humildes y no olvidarse de ser modelo para los que emprenden un nuevo camino en la profesión”.

De acuerdo a sus opiniones, las cualidades y valores ya mencionados se traducen en un cuidado de enfermería integral, respetuoso, empático, amoroso y esperanzador hacia los pacientes y sus familiares, descrito como: “acoger y cuidar con y desde el amor a nuestros pacientes y familias”; “los cuidados nacen desde valores cristianos, otorgando fe y esperanza a las personas”; “poner las necesidades de las usuarias por sobre las mías... el poder compartir una sonrisa, aun en medio del sufrimiento, es inconmensurable...”; “... siempre pienso que lo que hago tiene un fin último que es el paciente, siempre buscando el beneficio para él”. A través de los testimonios recogidos, resulta de interés constatar que la vocación de servicio se manifiesta con la misma fuerza en egresados que trabajan actualmente en escenarios de gerencia o del nivel directivo en salud.

Compromiso con la profesión y la sociedad

La apertura de nuevos escenarios para la enfermera, los aportes a la equidad y las iniciativas para mejorar los cuidados y el sistema de salud, en general, reflejan para los egresados el compromiso social con la profesión y con la sociedad. Asimismo, las actividades de voluntariado, especialmente con grupos de vulnerabilidad social, el tra-

bajo en el sector público, la participación en programas de salud innovadores, el apoyo a la formación de las nuevas generaciones de enfermeras o pares, y la investigación en áreas que promueven el mejoramiento de la salud y las políticas públicas dirigidas a poblaciones vulnerables reflejan, en concreto, el compromiso social. Algunas citas: “el hecho de promover el parto normal, natural... y disminuir el abismante índice de cesáreas en Chile es una labor social y tiene un impacto en la salud de los seres humanos”; “fortalecer en nuestro país el concepto de Enf of Life Care, que es el cuidado de los pacientes que se encuentran con limitación de esfuerzo terapéutico, pero en el contexto de las Unidades de Cuidado Intensivo... podemos y debemos ser capaces de brindar apoyo, confort y cuidado a los pacientes y familiares cuando los objetivos terapéuticos ya no son alcanzables...”; “tener conciencia del valor de las cosas y de que los recursos son limitados siempre, tanto para los pacientes que deben pagar por la mejora de su salud, como para el prestador y los aseguradores”; “equidad, tanto con los pacientes, como con los colaboradores. A cada quien lo que merece y necesita”; “búsqueda de instancias de mejora en la unidad, para optimizar el cuidado de los pacientes y familiares”.

Además, el compromiso con la profesión y con la sociedad se refleja en aportes al posicionamiento de la enfermería, como profesión y disciplina: “mi principal motivación ha sido posicionar a la enfermería como una carrera completa, versátil y autónoma...”; “mi mejor compromiso con esta hermosa profesión siempre ha sido ponerla en lo más alto de la estratificación profesional”; “desarrollar la enfermería con los más altos estándares de calidad pone a nuestra profesión en los más altos niveles de competitividad”.

En forma adicional, el perfeccionamiento continuo demuestra para ellos el compromiso con la profesión para otorgar cuidados seguros y de calidad: “... no se puede ser un buen profesional si no se in-

vierten recursos en mantenerse al día y/o aumentar los conocimientos formales propios de la profesión”; “yo estoy en constante perfeccionamiento a nivel nacional como internacional con el fin de entregar la mejor calidad en mi desempeño diario”. Es indispensable “... por el compromiso con el cuidado de los pacientes y la responsabilidad de saber que en las propias manos recae el cuidado de una persona que, por su condición actual, tiene un estado de vulnerabilidad único”.

Destacan, a la vez, que el aporte a la formación de enfermeras(os) de pregrado o posgrado, la educación a sus pares, y la educación de pacientes y familiares expresan el compromiso con la profesión y con la sociedad. Sus respuestas fundamentan claramente este aspecto: “la formación de nuevos profesionales a través de la docencia y modelaje... es una forma de aportar al crecimiento de enfermeros conscientes de que su rol va más allá del “hacer” y confío en el impacto que esto puede tener en el cuidado de los pacientes y sus familias”; “en el área de la docencia, relevando la importancia del empoderamiento comunitario y de las personas que tienen mayores vulnerabilidades por la inequidades de la sociedad”; “capacitación permanente a colegas en zonas extremas”; “mi compromiso con la sociedad: entregar educación gratuita relacionada con mi área de la enfermería, a todos quienes lo necesiten”.

También mencionan que la investigación, tendiente al mejoramiento de los cuidados o con foco en políticas públicas que ayuden a poblaciones vulnerables, son acciones que demuestran compromiso con la profesión y con la sociedad: “generando vías de integración entre la investigación y el cuidado de enfermería”, o “eligiendo objetos de estudio relacionados con fenómenos sociales, con el fin de contribuir a las acciones que permitan la superación de los problemas de la infancia y sus familias”.

Cabe destacar que los valores mencionados por los egresados premiados tienen bastante similitud con el core o núcleo de

la formación en valores que priorizan las escuelas de enfermería a nivel internacional, de acuerdo a un estudio que incluyó una revisión bibliográfica actualizada sobre este tema⁴. Por ejemplo, el documento marco que orienta la formación de enfermería en Estados Unidos, elaborado por la Asociación Americana de Escuelas de Enfermería (AACN)⁵, y que constituye un referente para muchos países, define el profesionalismo y los valores nucleares de la profesión de enfermería como el altruismo, la autonomía, la dignidad humana, la integridad y la justicia social, valores que, como se puede apreciar, coinciden bastante con lo expresado por los egresados que han recibido el premio. Así también, los resultados cualitativos de este mismo estudio, recogidos a través de grupos focales y entrevistas a los principales actores del proceso formativo de esta escuela, muestran mayor coincidencia aun, al mencionar el respeto a la dignidad humana, el altruismo, la justicia social, la responsabilidad, la competencia profesional y la humanización del cuidado como los valores esenciales del ser profesional⁴.

Estrategias sugeridas para reforzar la formación en valores

Finalmente los egresados premiados sugieren a la Escuela una variedad de estrategias para reforzar la formación en valores durante la carrera, tales como: “... hacer explícitos estos valores en la formación, intencionando aprendizajes valóricos en tiempos protegidos y a lo largo de toda la formación ... en la medida que los estudiantes conozcan cuál es este sello, podrán reconocerlo en su práctica clínica”; “otra idea es que haya un valor a destacar cada año, por ejemplo: en primer año de carrera se estimula la responsabilidad, y podrían escoger un alumno que destaque por eso ... en segundo año se estimula el compromiso ... y así sucesivamente”. Así también proponen reconocer de manera explícita los valores durante la formación ya que generalmente los pre-

mios se orientan hacia otros parámetros de éxito como el rendimiento académico: "... es importante destacar valores como el compañerismo, la colaboración, el trabajo en equipo, la solidaridad. Deben existir explícitamente actividades que efectivamente releven estos valores como eje fundamental y no como un anexo al aspecto cognitivo de las actividades académicas". A la vez, consideran que el modelaje de los profesores es clave para asegurar la formación valórica de los estudiantes: "... es la suma de experiencias guiadas por ellos(as) la que va marcando el sello de los futuros profesionales... mantener este sello en cada uno de los docentes es fundamental para que se transmita a los alumnos". En otra línea, sugieren un mayor acercamiento de la Escuela con los egresados premiados y manifiestan su interés en aportar desde sus distintas áreas de experticia: "que las ex alumnas tuviésemos la oportunidad de participar en las labores sociales que la escuela requiera... me encantaría, por ejemplo, volver a participar de los Trabajos de Salud Rural (TSR), hacer algún tipo de voluntariado a nombre de la escuela"; "envío de algún boletín e información de la escuela, estar más en contacto para re-actualizarnos de nuestras experiencias"; "creo que una bonita instancia sería que dentro de la Escuela haya charlas, seminarios, exposiciones de ex alumnos invitados para mostrar su trabajo y cómo plasman estos valores en su quehacer diario, sería una demostración concreta de los valores de la EEUC".

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La escuela aspira que sus egresados se distingan por el sello de su formación, "el sello de la Escuela de Enfermería UC", que constituye una cualidad, un carácter que se adquiere como consecuencia de un sinnúmero de factores valóricos, históricos, culturales, personales, vocacionales, formativos y ambientales, entre otros. La instauración de un premio que reconozca

al egresado que mejor los representa es un elemento más que denota la prioridad que se le asigna a los aspectos valóricos en la formación en enfermería, así como la necesidad de revisar, precisar, cultivar y afianzar permanentemente estas competencias.

De acuerdo al contexto descrito, la realización de este estudio de opinión ha permitido conocer en mayor profundidad el significado personal y profesional de este premio, desde la perspectiva de los egresados que han sido distinguidos en los últimos 25 años. Todos refieren sentirse muy honrados y agradecidos de haber sido merecedores de este reconocimiento y recuerdan con orgullo el momento que lo recibieron. Destacan que exista un premio que realce las cualidades y valores de la persona, así como la vocación de enfermera(o), y que no solo se valore el rendimiento. También relacionan el premio con su aporte, durante la etapa de formación, al desarrollo de la escuela y de la universidad a través del trabajo voluntario, participación, entrega y compromiso. Asimismo, valoran que en la selección del egresado premiado participen los profesores y compañeros.

En cuanto al significado del premio, en el ámbito personal y profesional, las opiniones se concentran en las características y valores del "ser" profesional como: responsabilidad y compromiso; vocación de servicio, liderazgo y trabajo en equipo, importancia del perfeccionamiento continuo y de la formación de pares. Sobre las acciones que dan cuenta de estas cualidades y valores en su profesión, los egresados destacan la importancia de un cuidado de enfermería integral, respetuoso, empático, amoroso y esperanzador hacia los pacientes y sus familiares.

Para este grupo de egresados, el compromiso social con la profesión y con la sociedad se refleja en las actividades de voluntariado, especialmente con grupos de vulnerabilidad social; el trabajo en el sector público, la participación en programas de salud innovadores; el perfeccionamiento

continuo, el apoyo a la formación de las nuevas generaciones de enfermeras o pares, y la investigación en áreas que promueven el mejoramiento de la salud, y las políticas públicas dirigidas a poblaciones vulnerables. Agregan que el posicionamiento y apertura de nuevos escenarios para la enfermería, los aportes a la equidad, y las iniciativas de mejoramiento de los cuidados y del sistema de salud en general, son también muestras de este compromiso con la profesión y con la sociedad.

Se observa bastante concordancia entre las cualidades y valores personales que describen los egresados premiados, respecto al sello del “Espíritu de la Escuela de Enfermería” y las evidencias que ofrece la literatura revisada sobre el core o núcleo de valores que promueven las escuelas de enfermería a nivel internacional. También existe similitud con resultados de estudios a nivel de escuela sobre las competencias transversales de la formación, lo cual estimula a seguir profundizando en esta línea formativa.

Por último, se agradece el tiempo y la disposición de los egresados para contestar la encuesta, en especial por la profundidad de sus respuestas, las que constituyen un real aporte para comprender el significado y trascendencia del premio. A la vez, se acoge la variedad de iniciativas propuestas para reforzar la formación valórica de los alumnos, como también para mantener los vínculos con la escuela y aportar en metas comunes de la enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección de Pastoral y Cultura Cristiana de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Ex Corde Ecclesiae. Constitución Apostólica de S.S Juan Pablo II sobre las Universidades Católicas*. 2011.
2. Cubillos L, Castellano A, Camus P. *Historia de la Escuela de Enfermería “Isidora Lyon Cousiño” 1950 - 2000. Tomo I. Santiago de Chile, 2000.*
3. Pontificia Universidad Católica de Chile. *Plan de Desarrollo 2015 - 2020. Introducción. Misión y Visión*. 2015. [Internet] Disponible en: file:///C:/Users/user/Downloads/Plan_Desarrollo2015-20.pdf
4. Castellano A, Lucchini C. Validación de las competencias transversales del nuevo plan de estudios de la carrera de enfermería, su enseñanza y evaluación. 2014. Proyecto FONDEDUC. Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
5. American Association of Colleges of Nursing (AACN). *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. Apartado VIII*. Washington, DC. 2008. [Internet] Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/BaccEssentials08.pdf>

TRAYECTORIA HISTÓRICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA UC(*)

HISTORIC PATH OF NURSING SCHOOL UC

Ángela Castellano Salas

Enfermera, Profesora Titular Escuela de Enfermería UC.

Artículo recibido el 7 octubre 2015. Aceptado en versión corregida el 26, enero 2016

Es un gran honor para mí presentar la trayectoria de los 65 años de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, encargo que me ha permitido viajar nuevamente a través de su apasionante historia y admirarme, una y otra vez, de sus notables cualidades que le han permitido llegar al lugar de excelencia que ocupa hoy. Se abordará la presentación por décadas, de modo de apreciar de mejor forma su paso desde mediados del siglo 20 hasta inicios del siglo 21, época actual.

DÉCADA DEL 50

La Escuela de Enfermería Isidora Lyon Cousiño fue creada en 1950 como Escuela privada, dependiente del Instituto Cristo Rey de la Congregación Religiosa Esclavas del Amor Misericordioso, quienes le pusieron el nombre de la hija de esta familia de benefactores de obras sociales y religiosas, como gesto de reconocimiento por la ayuda recibida. La Congregación planteó el proyecto a la Universidad para “formar enfermeras católicas con una vasta preparación científica, técnica y de caridad cristiana”, y así fue que en 1952 se integró formalmente a la Facultad de Medicina de la UC.

Destacamos ahora a los protagonistas de esta obra: la inteligente y perseverante labor de la Madre Margarita María Benson, Superiora General de la Congregación, la genuina entrega de los primeros directores, Dra. Alicia Padilla y Dr. Jorge Lewin,

la asesoría técnica que brindaron las enfermeras Nelly Rodó y Lucrecia Rakela, así como el entusiasmo del grupo fundacional de profesores que hicieron posible su creación y mantención.

En sus inicios la escuela estaba en la calle dieciocho, barrio residencial del antiguo Santiago, donde funcionaban la dirección, las aulas y el internado, el cual surgió con el objetivo de crear un ambiente universitario y católico que permitiese el desarrollo de los valores y virtudes propias de la profesión. Esta sede se ocupó hasta 1955, después de lo cual las alumnas se incorporaron a un internado universitario de la calle Vergara y la escuela migró por distintos lugares de la Casa Central y sectores aledaños.

En los primeros seis años hubo dos directores médicos; aunque ya estaba en la mente del Dr. Lewin que la dirección fuera asumida por una enfermera y con ese fin había gestionado una beca Kellogg para el perfeccionamiento en administración de Sor Paula, en USA.

En 1957, la Sra. Lilian Viveros P. asume en forma interina la Dirección de la Escuela, siendo la primera enfermera que ocupa este cargo. Una de las principales preocupaciones durante su gestión, y luego en el período de Sor Paula, era la calidad de la formación, y por ello se ponía especial esmero en la selección y perfeccionamiento de sus profesores. Así es como la mayoría de los docentes realizó un diplomado en

Contacto e-mail: acastell@uc.cl

* Ponencia presentada en el Acto Académico en Conmemoración de los 65 años de la Escuela de Enfermería UC Isidora Lyon Cousiño.

docencia, de un año de duración, y varias profesoras realizaron estudios en el extranjero por medio de becas Kellogg. Gracias a la inteligencia y visión de nuestras primeras líderes, se construyeron las bases para el desarrollo futuro de la escuela.

DÉCADA DEL 60

Después de tanto peregrinar por distintas dependencias, es que fue tan valorada la estabilidad de la casona de Lira 41, lugar donde funcionó la escuela hasta el año 1972. Nuestras líderes ya desplegaban sus alas y no solo se esmeraban por la enseñanza de enfermería de sus alumnas, sino que también por la formación de enfermería en todo el país. Con ese fin, la escuela juega un importante rol en la fundación de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería (1963), actualmente la ACHIEEN. Sor Paula es elegida la primera directora de la entidad y la Sra. Lilian Viveros forma parte del equipo fundacional.

Gratos recuerdos persisten en aquellos que estudiaron en la casa de Lira 41: los sillones de la entrada frente a una salamandra que, a pesar de estar siempre apagada, convocaba a juntarse a su alrededor, el gran espejo de la entrada que vio a las alumnas lucir emocionadas el uniforme blanco por primera vez, las salidas a Pirque o al Hospital Sótero del Río en la micro de la escuela, las grabaciones de canal 13 en el gimnasio de la casa central y el privilegio de ver en primera línea de la calle Lira, a los artistas que invitaba Don Francisco. Guitarreos, paseos y trabajos voluntarios de fines de semana convocaban a los estudiantes de medicina y enfermería de la época, así como los imponentes desfiles alegóricos por la calle Alameda en la semana universitaria.

Sin embargo, la profunda crisis social, económica y política que afectaba a nuestro país, y a occidente en general, produjo también turbulencias en el ambiente universitario, donde la toma de la universidad en 1968 retrata la gravedad de la situación histórica que se vivía en ese tiempo. Épo-

ca de gran efervescencia e idealismos que dieron vida a movimientos estudiantiles, los que con el tiempo se fueron politizando, produciéndose graves quiebres en la unidad de la comunidad universitaria. Producto de esta crisis, además del rector, renuncian los decanos, entre ellos el de la Facultad de Medicina, Dr. Juan de Dios Vial y también la Directora de Enfermería, Sor Paula.

La Sra. Lilian Viveros asume entonces su segundo período de dirección (1968-1971), en pleno período de la reforma universitaria, durante el rectorado de don Fernando Castillo Velasco. La Escuela acoge las ideas de esa época, adecua el currículo, y se acopla al sistema semestral, flexible y con un sistema de créditos. Además, continúa su esfuerzo por el perfeccionamiento de los docentes y es así como consigue becas de la OPS para que dos profesoras realizaran un magíster en la U. del Valle, Cali, Colombia. La profesora María Cartagena en Enfermería Materno Infantil y Eliana Horta en el área de la Salud Mental y Psiquiatría.

DÉCADA DEL 70

En 1971 se inicia el proceso de departamentalización de la Escuela, acorde a los principales objetivos de la reforma, que lleva a la sustitución del Consejo Técnico por el Consejo Interdepartamental, y al reemplazo de los grupos de trabajo por los departamentos: Enfermería del Adulto, Enfermería Materno-Infantil y Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. En el marco de las políticas de la universidad que buscaban mayor acercamiento y apertura a las demandas del país, la escuela aumenta a 100 sus vacantes para responder al déficit de enfermeras, y se abre un Proyecto de Admisión Especial Complementaria que benefició a auxiliares del Servicio Nacional de Salud y del Hospital Clínico UC, programa que duró 3 años. En los 70 se vieron por primera vez alumnos varones que ingresaron a la carrera.

En 1972 se traslada la escuela al cuarto piso de la Casa Central, justo en la esquina de Alameda con Portugal, “la pajarera” como se le decía entonces, con sus interminables y agotadoras escaleras (hoy existe un ascensor). Sin embargo, esa escuela larga, angosta y algo oscura dio, en contraste, luminosos frutos. Uno de ellos fue la creación en 1973 del programa de Magíster en Enfermería con mención en Salud de la Comunidad, liderado por Eliana Horta, del cual egresaron 28 profesionales de Chile y A. Latina. Recordamos con orgullo ese logro por ser el primero en su tipo, a nivel país, fruto del esfuerzo sostenido de sus precursores. Por ello su cierre en 1979, porque el pregrado no otorgaba la licenciatura, es quizás una de las decepciones más grandes que la comunidad académica ha tenido que enfrentar. Pero la Escuela tiene una fortaleza especial para superar las crisis, lo que unido a una gran imaginación y creatividad buscó otras alternativas para contribuir a la formación de posgrado de las enfermeras, con la certeza que el perfeccionamiento es el principal camino para mejorar los cuidados de Enfermería. Con esa idea surgió el desarrollo de los programas de especialización en enfermería, los que se concretan a comienzos de la década siguiente.

El segundo gran proyecto fue la creación del Programa Enfermera - Matrona en 1975, en una época que la problemática de salud en el área materno infantil era preponderante, el cual contó con la valiosa asesoría de Beatrice Goodwin, consultora de la OPS/OMS, en varias oportunidades. Si lo miramos ahora, hay mucha fuerza creadora por lo innovador del programa y gran valentía para resistir los embates, de aquellos que no estaban de acuerdo. Al egreso de la primera promoción, en 1979, el Colegio de Matronas niega la colegiatura de las egresadas, por lo que la Universidad apeló ante las diversas instancias del Estado, situación que se resuelve favorablemente en 1980 cuando la Corte Suprema declara inadmisibile el recurso de

apelación interpuesto por dicho organismo gremial. Agradecemos el sólido apoyo del Departamento Jurídico de la UC, del decano de la época Dr. Carlos Quintana y la solidez de nuestras autoridades de Escuela de la época.

Durante esta década hubo cuatro directoras que lideraron los importantes avances ya mencionados: Sra. Lilian Viveros P. en dos períodos (1968-1971 y 1976-1982), Sra. Leticia Marzolo P. (1971-1974) y Sra. Elba Mateluna G. (1974-1976).

DÉCADA DEL 80

Corresponde a los períodos de dirección de Sra. Lilian Viveros P. (1976-1982) y Srta. Eliana Gaete Q. (1983-1990).

El inicio de esta década coincide con un nuevo hito que fue el traslado al Campus San Joaquín, en el ala sur del edificio del Centro de Diagnóstico UC (CEDIUC), en una época donde muy pocas carreras funcionaban en el campus y recién se estaba plantando la frondosa vegetación que hoy lo caracteriza. Era un “peladero”, como se decía entonces.

Los recuerdos de esa época en la escuela del CEDIUC son gratos. No teníamos computadores, salvo los pocos que trabajaban directamente en los proyectos, no existían los mails ni el WhatsApp; sin embargo, nunca hemos estado más informadas gracias a su largo y entretenido pasillo central. Pero nos sentíamos muy modernas, pues habíamos reemplazado las tizas por los plumones y las escasas diapositivas fueron dando lugar a las apetecidas transparencias. También han quedado en la memoria las celebraciones del aniversario de la escuela y las entusiastas competencias por alianza, si hasta los departamentos se disfrazaban. Pero aparte de la diversión, la década de los 80 tiene también importantes logros.

A nivel de pregrado se realizaron varias modificaciones curriculares y se creó el Programa Complementario para enfermeras y matronas conducente al título de Enfermera-Matrona, el cual se impartió por

más de 20 años, contribuyendo así al déficit de enfermeras en el país. En cuanto al posgrado, se crean en el año 1981 los programas de especialización en las distintas áreas de la enfermería para dar respuesta a la necesidad de perfeccionamiento continuo e impactar positivamente en el cuidado de enfermería.

Se destaca la creación de la Oficina de Educación en Enfermería (OEE) en 1983, liderada por la Sra. Erma Barrientos, la que ya funcionaba como Programa de Educación en Enfermería desde 1980, y se encargaba de los cursos de formación pedagógica para los académicos, después del cierre de los cursos del Programa de Pedagogía Universitaria (PPU).

Mención especial merece el enorme apoyo financiero brindado por la Fundación Kellogg desde 1983 en adelante a través de diversos proyectos, seminarios viajeros, becas de perfeccionamiento, entre tantas otras instancias que han contribuido a que nuestra escuela tenga un sólido compromiso con la enfermería nacional e internacional, con la atención primaria en salud y la calidad de vida de las comunidades. Hoy, el modelo de Enfermería en Autocuidado, que se gestó con apoyo de esa institución, impregna la docencia, la investigación y la asistencia. Producto de esos proyectos se crearon las tan valoradas "Consultas EPAS".

En cuanto a extensión, la Escuela fue ampliando la gama de cursos de servicio que realizaba tanto para profesionales, como para todo público. Se destaca el pionero Programa de Educación para el Adulto Mayor el que, después de sus exitosos resultados, fue coordinado y ofrecido posteriormente por la Universidad con un carácter multidisciplinario.

DÉCADA DEL 90

La Escuela sigue su acelerado desarrollo y la década de los 90 no es la excepción. Las directoras de este período fueron M. Cecilia Campos S. (1990-1994) e Ilta Lange H. (1994-2002).

A nivel de pregrado, un anhelado logro fue la aprobación de la Licenciatura en Enfermería en 1991, grado indispensable para que la Escuela pudiera otorgar grados académicos superiores como el magíster y doctorado. En esos años se profundiza en la misión y el rescate de símbolos y ritos propios del período fundacional, tales como el reconocimiento de la Virgen María como Patrona de la Escuela, la creación del premio "Espíritu Escuela de Enfermería" otorgado al egresado que mejor encarna los valores de la institución, el que a la fecha lo han recibido 25 egresadas/os, y el uso de la lámpara encendida durante el juramento profesional en la ceremonia de titulación, de modo de ensalzar este sublime acto académico.

Otros hechos relevantes fueron la creación de la Revista Horizonte de Enfermería, la que se convierte en el principal medio de difusión académica de la escuela y el impulso a la investigación en la disciplina, para lo cual se conforma primero una comisión, la que después pasa a formar la Dirección de Investigación, en 1997. A través de esta dirección se crea el "Fondo Semilla" para estimular el desarrollo de la investigación de los profesores jóvenes, que hoy constituyen los Proyectos de la Dirección de Investigación de la Escuela de Enfermería (DIEE).

Un gran hito en el área de investigación fue la aprobación del primer proyecto FONDECYT en 1995, también con el sello del autocuidado, el cual se implementó en el Consultorio de Los Castaños, comuna de La Florida. Cabe destacar también otros proyectos con financiamiento internacional como los proyectos Minority International Research Program (MIRT), financiados por Fogarty/NIH y la colaboración de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Illinois de Chicago, entre 1995 y el 2003.

A fines de la década sobresale el Proyecto "Elecciones y Decisiones en Salud: una alianza entre profesionales y usuarios aplicando transferencia tecnológica cana-

diense /chilena” (DECIDE), desarrollado en conjunto con la Universidad de Ottawa y el financiamiento de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI), el que tiene varias derivaciones y se extiende hasta el año 2003 a través de una alianza estratégica con la comuna de La Pintana (1999-2003).

Los proyectos Kellogg y los crecientes contactos con universidades de prestigio contribuyeron a un significativo avance de la internacionalización, en beneficio del desarrollo académico, de la docencia y la investigación. En 1994 se forma la Red de Enfermería para América Latina (REAL) con el apoyo de la misma institución (F. Kellogg), siendo nuestra escuela la coordinadora de la red para los países del Cono Sur. Recordamos en forma especial a las primeras profesoras visitantes aprobadas por la VRA, Sra. Jo Ellen Wilbur de la U. de Illinois en 1997 y Sra. Rita Ailinger de la U. de George Mason, Virginia, de EE.UU. en 1998, quienes hicieron importantes aportes a la docencia, desarrollo académico e investigación de la escuela.

La internacionalización también produjo un cambio en el perfeccionamiento de los profesores, mirándose ya los posgrados en el extranjero. En ese contexto, la dirección consigue becas para dos profesoras (M. Soledad Rivera y Alejandrina Arratia) quienes realizan un doctorado en enfermería en Florianópolis, Brasil. Después siguió Rossina Cianelli con un PhD en la U. de Illinois y, en adelante, el perfeccionamiento en el extranjero ha sido creciente.

La Escuela en los 90 recibió numerosas visitas de distintas universidades de prestigio internacional, las que aportaron en distintos ámbitos del acontecer académico. Para otra instancia dejaré las más increíbles anécdotas que ocurrían en ese entonces y, aunque me tienta hacerlo, solo recordaré la visita de las enfermeras africanas que llenaron la Escuela de colores con sus llamativos vestidos y nos hicieron emocionar con sus vibrantes canciones y baile de despedida.

Con respecto a la extensión y vínculos con la sociedad se impulsó la oferta de cursos de educación continua, como vía para captar recursos que ayudaran al autofinanciamiento, además de los cursos de servicio que se impartían a profesionales de los campos clínicos, como a público en general. Con ese fin se creó la Oficina de Promoción de Salud y Autocuidado (PRO-SA), liderada por Sonia Jaimovich, la que tuvo como principal foco la promoción y autocuidado de la salud a través de cursos y talleres que dieron muchos frutos en la capacitación de profesionales de la salud a lo largo del país, apoyados por la Revista EPAS.

Dado el permanente compromiso de la escuela con el desarrollo de la Enfermería, los profesores siguen participando activamente en comisiones y sociedades científicas, ministeriales y gremiales. Por su importancia citamos la participación de algunas docentes y enfermeras de la UC en la Comisión Nacional de Legislación en Enfermería (1995), liderada por el Colegio de Enfermeras, que presentó al Parlamento la propuesta de modificación del artículo 113 del Código Sanitario, aprobada posteriormente en 1997 (Ilta Lange, Blanca Vial, Angélica Piwonka, Paulina Milos, entre otras).

En el año 2000 se realizó la Ceremonia de los 50 años de la EEUC, en la cual se entregaron por primera vez Grados Honoríficos: Sra. Lilian Viveros Patrino de “Profesor Emérito” y de “Miembros Honorarios” a las profesoras Sras. María Cartagena Barrera, Roser Casassas Sánchez, Lidia Celis Celis, Eliana Gaete Quezada, Leticia Marzolo Peruzovic, Elba Mateluna Gibbs, Rina Pérez Aravena y Lilia Vidal Garay. En ese mismo acto se realiza el lanzamiento del libro Historia de la Escuela de Enfermería 1950-2000.

Pasa el tiempo y en esa Escuela del CEDIUC, hoy la “Escuela vieja”, estuvimos 22 años, período en el cual crecimos más allá de lo que sus paredes lo permitían y más allá de sus fronteras. Pero no solo nos

quedó chica para las crecientes iniciativas y proyectos sino que también, en la medida que se construían nuevas escuelas y facultades, fuimos quedando cada vez más aislados del acontecer universitario del campus, lo cual afectaba profundamente a los alumnos. Ellos decían: “nosotros vemos al campus, pero el campus no nos ve a nosotros”, y lo sentían como una gran limitante para la participación estudiantil.

PERÍODO 2000-2015

Las directoras de este período fueron Iltta Lange H. (1994-2002); Sonia Jaimovich P. (2002-2004); Paz Soto F. (2004-2010); Mónica Muñoz S. (2010-2014) y actualmente, M. Isabel Catoni S. (2014-2018).

Ya en la etapa final de este recorrido, nos encontramos con una Escuela de Enfermería con un amplio desarrollo en cada una de las funciones académicas. Se nombrarán algunos de los hitos de los últimos 15 años en aras del tiempo además que, al ser más recientes, tienen mayor presencia en la memoria.

Lo primero que resalta de los inicios de este período es que al fin, después de varios proyectos de planta física, se concreta el traslado de la escuela al nuevo edificio en julio del 2002 y con ello se cumple el anhelado deseo de autonomía e identidad, dentro y fuera de la universidad. Recordamos la alegría y emoción de llegar a nuestra nueva casa. Hermosa, moderna, amplia y luminosa, hasta con olor a nuevo y nosotros, al igual que ella, nos sentíamos diferentes y renovados. Después de haber trabajado en oficinas compartidas, las oficinas individuales ¡eran un lujo! Qué alegría estar en una escuela que, desde cualquier ángulo, se puede observar un panorama hermoso... parque, cordillera, esculturas, la capilla, otras escuelas y facultades. Después de sentirnos aisladas quedamos ubicadas en el corazón del campus y eso fue, sin duda, un gran hito para todos. Sus murallas ya no coartarían nuestros sueños y su entorno nos ayudaría a mostrarnos de mejor manera lo que somos.

En el hall de entrada se instala una hermosa escultura en madera de la Virgen embarazada, en honor a nuestra Patrona la Santísima Virgen María, y a la carrera que se enseña. En el segundo semestre del 2005 se inauguró la ampliación del tercer piso para el posgrado y recientemente (2011) se hizo una nueva ampliación para responder a las necesidades originadas por una mayor actividad académica y estudiantil, como de apoyo administrativo a las labores de investigación, docencia y extensión de la Escuela.

De ser inicialmente una escuela muy pequeña, hoy cuenta con un total de 59 profesores (51,3 Jornada Completa Equivalente), de los cuales 25 son de la planta ordinaria y 34 de la planta adjunta. Desde el punto de vista académico administrativo cuenta con cinco direcciones (Pregrado, Posgrado, Investigación, Extensión y Asuntos Internacionales), una Dirección Económica y de Gestión, tres departamentos (Salud del Adulto, del Niño y Adolescente y de la Mujer), una Oficina de Educación en Enfermería, comisiones estatutarias, y un cuerpo administrativo que apoya con gran profesionalismo el quehacer académico.

Con respecto al pregrado, en el 2000 se repone el Título de Enfermera y se mantiene el de Enfermera Matrona con un nuevo plan de estudios que permite al alumno optar, después de la licenciatura, por el título de Enfermera-Matrona o el de Enfermera. Estas últimas reciben además un diploma académico que acredita la profundización en un área de la Enfermería (adulto, adulto mayor, niño, comunitaria o salud mental y psiquiatría). Actualmente estamos inmersos en el diseño de un plan de estudios orientado por competencias y articulado con el posgrado, cuyo inicio está proyectado para el 2017. De más está decir que tenemos cierta adicción por los cambios curriculares, claro está, en beneficio de responder al contexto y necesidades tan cambiantes. Destacamos también la incorporación creciente de metodologías

innovadoras como el Aprendizaje+Servicio, en el que la Escuela ha sido pionera, la Enfermería Basada en la Evidencia, la simulación y el programa de escritura a través del currículo, los cuales han tenido exitosos resultados. Asimismo la participación de los alumnos en actividades de servicio es variada y extensa, demostrando su fuerte compromiso social. Fue un hito la acreditación de la carrera por seis años en el año 2004 (CNAP) y luego por siete años en la re acreditación realizada por la CNA (2011-2018).

A nivel de posgrado se imparten nueve programas de especialización en las distintas áreas de Enfermería, los que se han ido actualizando acorde a las necesidades de perfeccionamiento continuo de las enfermeras. Otro gran hito lo constituye la aprobación del programa de Magíster en Enfermería con foco en investigación, el que se imparte desde el 2005 y que ahora cumple 10 años. Este programa fue acreditado por tres años en el 2010 y re acreditado por tres años en el 2014. Nada de esto sería posible sin la riqueza de los recursos humanos que conforman la comunidad de la Escuela. Los profesores constituyen una de las principales fortalezas, tal como ha sido reconocido en los procesos de acreditación. El 86,2% de los académicos tiene jornada completa; el 51% cuenta con formación de posgrado (magíster o doctorado) y el 12% es actualmente candidato a un grado académico. Lo anterior ha influido en el desarrollo de la investigación y publicaciones, la obtención de diversos premios y la amplia representación de la Escuela a nivel nacional e internacional, entre otros. En este período, reciben el grado honorífico de "Profesor Emérito" las profesoras Sras. María Cecilia Campos Sandoval e Ilta Lange H. y de Miembro Honorario, Sras. Sonia Jaimovich P, Rina González R. y Mila Urrutia B.

La creciente formación de posgrado de las docentes (magíster o doctorado) se ha traducido en un desarrollo importante de la investigación y publicaciones en la

escuela a través de fondos concursables, tanto nacionales (DIEE, FONIS, FONDEF) como internacionales (ACDI, Fogarty/NIH), y la adjudicación de Proyectos FONDECYT de inicio y de apoyo al retorno. Actualmente se cuenta con 26 proyectos de investigación vigentes, principalmente en las áreas de condiciones crónicas de salud, salud de la mujer, adulto mayor y envejecimiento e informática en salud, con un índice de publicaciones ISI o Scielo al año 2014 de 0,57 por profesor (considerando profesores categoría ordinaria y adjunta).

Por nombrar algunos de los proyectos del período, se cita el proyecto FONDEF: "Modalidad innovadora de asistencia integral del parto (MASIP)" desarrollado en el Hospital Sótero del Río, a través de un trabajo conjunto con investigadores de las Escuelas de Enfermería, Medicina y Diseño de la PUC, y el "Desarrollo de un modelo de atención telefónica (MATS) como componente de programas de salud cardiovascular para mejorar el apoyo a la toma de decisiones en salud, autocuidado, satisfacción usuaria y compensación metabólica de personas con diabetes tipo 2: un aporte al régimen de garantías del Plan Auge". Derivado de este último proyecto se desarrolló el Programa de Apoyo Telefónico para el Autocuidado en Salud (ATAS), que fue posteriormente transferido al Ministerio de Salud.

Respecto a la internacionalización, la Escuela actualmente mantiene convenios de intercambio académico con varias universidades de EE.UU., como también con la U. de São Paulo de Brasil, Suiza y Australia, los que han ampliado las posibilidades de intercambio a los alumnos y las posibilidades de formación de posgrado a los académicos. En ese sentido destaca el convenio con la Universidad de São Paulo, Brasil que ha permitido que seis profesoras de la Escuela accedan a un programa de doctorado semipresencial que se encuentra en su última etapa de desarrollo. Asimismo, se ha consolidado la posición

de la Escuela como polo dinamizador de la Red de Enfermería para América Latina (REAL) con la edición del documento “Práctica de Enfermería en América Latina”, el que ha sido difundido internacionalmente con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg.

Un gran hito es la designación de la EEUC como Centro Colaborador OMS/OPS “Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles” (2008-2016). Entre sus logros principales (2014) se menciona el desarrollo de tres proyectos de investigación en el área de enfermedades crónicas; la publicación de tres artículos ISI y dos documentos técnicos MINSAL; el Programa de Familiares Cuidadores UC: distinguido como una de las “Mejores Iniciativas Chilenas de Buenas Prácticas de Promoción de Salud” por MINSAL, y la capacitación a 200 profesionales del SSMO en el Modelo Cuidados Crónicos Cardiovascular.

En relación a la Extensión, destaca la creación de la Dirección de Extensión que ha impulsado en forma importante el desarrollo de la escuela en esta área. Actualmente la educación continua se ha consolidado y se ofrece una variedad de cursos y diplomados en diferentes áreas de la enfermería, lo que constituye un aporte al perfeccionamiento de las enfermeras del país y, a la vez, es una importante fuente de recursos propios para la unidad académica. Haciendo honra al autocuidado de la salud, la Escuela impulsa el proyecto “UC Saludable: Vive tu Equilibrio” con el fin de promover estilos de vida saludables en los alumnos, académicos y administrativos de la universidad, el cual lidera hasta la fecha y coordina en forma conjunta con la Dirección General Estudiantil.

En cuanto a los vínculos con la sociedad, destacamos el rol protagónico que ha tenido la Escuela en la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN), presidida en los dos últimos períodos por una profesora de la EEUC, Sra. Paz Soto,

entidad que ha liderado en el último tiempo la tramitación del proyecto de ley de exclusividad universitaria para la carrera de enfermería. Asimismo, académicas de la Escuela tienen un activo rol en sociedades científicas, ministeriales y profesionales dentro del país, América Latina y organismos internacionales.

Para terminar, solo queda decir que la Escuela a través de su historia ha demostrado su talento para cumplir con su misión con entereza, perseverancia, creatividad, resiliencia, y rigurosidad, así como una gran capacidad para reinventarse, y convertir los problemas o fracasos en nuevas metas y desafíos para proyectarse en el futuro.

Como Escuela de Enfermería UC agradecemos a Dios y a nuestra Patrona la Virgen María por acompañarnos en este camino; a la Universidad y Facultad de Medicina por creer en nuestras capacidades y darnos la oportunidad de desarrollarnos; a nuestros grandes líderes y profesores que construyeron el sólido piso que nos permiten crecer hoy día; y a nuestros mentores que nos enseñaron el amor a la enfermería, así como el privilegio de enseñarla. También damos gracias a la excelencia y calidez de nuestro equipo administrativo y, sin duda, a nuestros alumnos, por su espíritu crítico que nos ayuda a mejorar cada día. Ellos son nuestras manos y corazón en el cuidado de la salud de las personas. Recordamos a profesores, alumnos y secretarías que ya no están entre nosotros, y que fueron parte importante de nuestra historia. Tenemos presentes en nuestros corazones la reciente pérdida de Sor Paula, Srta. Lidia Celis, Sra. Jessica Bravo, Sra. Lilia Vidal y Sra. Ximena Ferrer.

Confiamos que los grandes valores de la misión con la que esta Escuela fue creada prevalezcan y se fortalezcan aún más a futuro, en pro de una comunidad auténticamente humana, solidaria, respetuosa de la vida y la dignidad de las personas.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Cubillos L, Castellano A, Camus P. Historia de la Escuela de Enfermería “Isidora Lyon Cousiño” 1950 - 2000. Tomo I. Santiago de Chile, 2000.
- ² Cuentas de Rectoría Escuela de Enfermería UC. (2000-2015).
- ³ Memorias Escuela de Enfermería UC. (2000-2015).

ENFERMERÍA: DIÁLOGO ENTRE PROFESIÓN Y DISCIPLINA

NURSING: DIALOGUE BETWEEN PROFESSION AND DISCIPLINE

M. Cecilia Campos S.

Enfermera.

Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesora Emérita, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Artículo recibido el 7 de octubre, 2015. Aceptado en versión corregida el 26 de enero, 2016.

Con modestia acepté la invitación de la Directora de la Escuela a exponer este tema en un momento tan significativo de la historia de nuestra institución. Estoy segura que muchas otras profesoras, especialmente las con grado de PhD, lo podrían hacer con más propiedad. Mis estudios de posgrado fueron en el área salud pública y no tengo formación filosófica a nivel académico, pero sí gran interés por las interrogantes de la existencia humana.

Acepté y me he arriesgado a estar aquí por el cariño que tengo a mi profesión y a mi escuela con la que he estado vinculada, sumando los años de mi formación, más de medio siglo y porque considero que es un deber para con las nuevas generaciones presentes en este acto.

Enfermería, diálogo entre profesión y disciplina

Inicio esta presentación recordando que por muchos años se consideró a la enfermería como un oficio que era ejercido por personas que no necesitaban preparación. Solo bastaba buena voluntad y algo de criterio, pues se postulaba que la enfermería la podían realizar todas las personas, ya que todos en algún momento cui-

daban de algún enfermo. Incluso Florence Nightingale, que fue la que inició el proceso de profesionalización de la enfermería al señalar que para ejercerla era necesario un período de formación sistemático, opinaba de igual forma¹.

Nightingale, también señalaba que todas las mujeres cuidaban de la salud y que en este sentido todas hacían enfermería². Esto es efectivamente así y será siempre así incluyendo también hoy día a los hombres.

Cuidado de la salud

El cuidado de la salud es una actividad permanente y cotidiana de la vida de las personas³. Somos cuidados desde antes de la llegada a este mundo y muchos hasta el fin de la vida. Sin embargo, además de aquel cuidado recibido con amor, proveniente de personas que nos estiman, existe otro tipo de cuidado, el cuidado profesional que ocurre en determinadas circunstancias de la vida, mediadas por la edad, estado de salud, entorno familiar capacidades de autocuidado entre otras muchas.

Cuidar no es patrimonio exclusivo de una determinada persona, ni responsabi-

Contacto e-mail: ccampos@uc.cl

* Ponencia presentada en el Acto Académico en Conmemoración de los 65 años de la Escuela de Enfermería UC Isidora Lyon Cousiño.

lidad solo de una profesión, es un deber de humanidad, para con la humanidad⁴. El cuidado es también una responsabilidad de la persona consigo misma y a ello llamamos en enfermería “autocuidado” definido por Orem⁵ como “la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar”.

Existen entonces, dos grandes categorías de cuidado:

- La primera denominada **Cuidado o autocuidado genérico**, que se refiere al conocimiento y habilidades transmitidas y aprendidas de generación en generación a través de la cultura y que es realizado por cualquiera persona con la finalidad de ayudar, apoyar y asistir a otros con evidentes o potenciales necesidades de fortalecer o aminorar una condición humana de salud.
- La segunda categoría denominada **Cuidado profesional**, que se refiere a las competencias aprendidas a través de un proceso de formación profesional formal, en instituciones de educación superior, que se utilizan con el mismo fin que el del cuidado genérico⁶. Este tipo de cuidado es el otorgado preferentemente por la y los “enfermeras/os” que han recibido dicha formación y obtenido un título profesional que los habilita para cuidar. Este cuidado profesional, añade y enriquece el cuidado cotidiano.

El concepto cuidado esencia de la enfermería significa, según la Real Academia Española de la lengua⁷, esmero que se pone en la realización muy bien de algo; vigilancia por el bienestar de una persona o por el funcionamiento de una cosa; también significa preocupación o inquietud que genera una acción.

El cuidado es el foco central del saber, terreno de la disciplina y del hacer campo profesional de la enfermería, no existe otra profesión que esté tan comprometida con

el proceso de cuidar, con las acciones de cuidado, y con una relación interpersonal de cuidado.

El cuidado es su concepto nuclear, define e identifica la disciplina, da cuenta del compromiso social de la profesión y acota el área de responsabilidad⁸.

Enfermería como profesión

Recordemos que profesión es una actividad que implica conocimiento especializado y una prolongada preparación académica que otorga el respaldo para ejercer; profesional es la persona que se ubica en una de las disciplinas eruditas y que profesa y actúa según los estándares éticos de una profesión⁹.

Si bien en Chile la formación profesional de las enfermeras al interior de la universidad se remonta a comienzos del siglo pasado, su ejercicio no estaba definido legalmente, situación que se supera en diciembre de 1997 cuando se introduce en el Código Sanitario el artículo 113, que da cuenta de los actos profesionales de la enfermera y enfermero y define la gestión del cuidado¹⁰.

Es así como se legaliza y legitima a enfermería como una profesión independiente, con actividades propias como es la gestión de los cuidados, reconociendo su tradicional interdependencia con el diagnóstico y tratamiento médico, y además, haciéndose cargo de gestionar recursos y velar por su mejor uso, para garantizar cuidados de calidad, seguros y oportunos.

Hoy día esta profesión cuenta en nuestro país con una legislación que reconoce la función de la enfermera y enfermero, como bien jurídico digno de protección y amparo de la ley, para garantizar así la fe pública de la ciudadanía¹¹.

En el actual escenario sanitario, los dos principales pilares de la atención de salud son el curar perteneciente a la Medicina y cuidar, de resorte de la Enfermería, señalados como ámbitos complementarios, indispensables y necesarios para sustentar el sistema sanitario¹².

A partir de la Reforma de la Salud del año 2004, que establece una nueva ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, la “gestión del cuidado”, pasa a formar parte de la estructura de los Servicios de Salud. En forma complementaria la Norma Administrativa N° 19, del Ministerio de Salud¹³ explicita la forma de estructurar la “gestión del cuidado” en los establecimientos públicos de salud, para así favorecer el cambio organizacional, mejorar la gestión hospitalaria y optimizar el uso de los recursos asignados, gestión que se deposita en las manos de la enfermera/o¹¹.

Como es de conocimiento público lo estipulado en esta normativa ha generado conflictos con algunos profesionales, especialmente las matronas, situación que esperamos esté en vías de solución.

Como acción o hacer profesional los elementos centrales de la identidad de Enfermería son la forma como se establece la relación con el otro, la cual se caracteriza por ser un proceso interpersonal significativo y terapéutico, y el método de pensamiento racional empleado para otorgar el cuidado, conocido con el nombre de proceso de Enfermería. Esta acción adquiere intencionalidad con el respaldo del conocimiento propio de la disciplina² y permite diagnosticar las necesidades de cuidado, prescribir las acciones necesarias y evaluar sus resultados.

Hoy la profesión dispone de un lenguaje enfermero universal que facilita este accionar. Su desarrollo se inició en 1989 por un mandato del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el Congreso Internacional de Enfermeras, celebrado en Seúl, Corea. Actualmente la última versión de la taxonomía de diagnósticos de Enfermería (NANDA) está compuesta por 235 diagnósticos aprobados hasta el 2017. Se suma a este lenguaje las propuestas de Intervenciones (NIC) y los Criterios de Resultado (NOC). Este lenguaje es perfeccionado y actualizado cada dos años entre otros con evidencias que respaldan las intervenciones^{14,15}.

Desempeñarse como un verdadero profesional es un proceso continuo que dura toda la vida, el profesional se socializa y vuelve a socializar mediante las experiencias educativas y ocupacionales, con las creencias, conocimientos y habilidades que, al integrarse a las normas legales y morales, caracterizan el servicio profesional competente, actualizado y comprometido¹⁶.

La Enfermería como disciplina

Una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser. Puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en enfermería es el cuidado. La disciplina de Enfermería considera: los fundamentos profesionales, los conocimientos y las bases filosóficas e históricas de la profesión^{17,18}.

El saber enfermero, ciencia del cuidado, es una ciencia práctica cuyo objetivo es conocer la realidad relativa al cuidado de la salud, para intervenir en ella con el propósito de contribuir al mejoramiento de los cuidados y de las condiciones de salud de las personas.

Este saber es la resultante del conocimiento generado, estructurado y acumulado por las propias enfermeras^{16,19}. A ello se suma el conocimiento de las ciencias biomédicas y de otras disciplinas, fundamentales para ejercer el área delegada, también llamada de colaboración.

El desarrollo del conocimiento teórico en Enfermería se inició con fuerza a mediados del siglo pasado principalmente en Estados Unidos, si bien no se puede olvidar lo ya realizado por Florence Nithingale, en el siglo 19, quien planteó, ya en esa época, que enfermería necesitaba un conocimiento distinto del conocimiento médico; conocimiento respecto a la forma como las enfermeras visualizamos todo lo concerniente a la realidad sobre la cual nos toca actuar¹.

Hildegar Peplau, destacada enfermera estadounidense ya fallecida, creadora de la teoría de “Relaciones interpersonales enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico” e impulsora de los cuidados avanzados, planteó a fines del siglo pasado, que la interrogante predominante hasta ese entonces era ¿qué hacen las enfermeras?; que la interrogante de este siglo debe ser ¿qué saben las enfermeras y cómo usan ese conocimiento en beneficio de la salud de las personas? Peplau ha contribuido a transformar la enfermería de una “ciencia del hacer”, a una “ciencia del conocer”.

Soledad Rivera, profesora de esta escuela plantea en uno de sus escritos *“Cuando un grupo comparte conceptos centrales relativos a los fenómenos de los que se ocupa como profesión y lo hace explicitando los modos de producir esos conocimientos, su saber y hacer adquiere carácter de disciplina”*¹⁹.

El conocimiento o saber especial que sustenta la práctica de un verdadero profesional, confiere a la enfermera y enfermero poder y autonomía para emitir juicios, es decir diagnosticar necesidades de cuidado y tomar decisiones respecto a cómo y quién debe otorgar el cuidado. Ello conlleva asumir la responsabilidad ética y legal de las decisiones tomadas.

El conocimiento generado debe ser empleado en la práctica clínica para otorgar un cuidado de calidad, basado en la mejor evidencia. “Ello distingue el saber y hacer enfermera/o y constituye su aporte particular al cuidado de la salud”.

¿Cómo y de dónde surgen las interrogantes para enfermería?

La fuente inspiradora de las interrogantes para las que debemos buscar respuesta a través de la investigación, se encuentran en la realidad diaria del cuidado. Es por ello que las enfermeras asistenciales deben dedicar una fracción de su tiempo a reflexionar sobre su práctica y a investigar, deber ético de todo profesional. Es

deseable que en los servicios asistenciales exista una política al respecto.

En términos generales, las interrogantes de Enfermería, se relacionan con la forma como las personas, familias y comunidades viven, perciben y manejan los aspectos relacionados con su salud y bienestar dados por su cultura; el impacto que tiene el ambiente sobre ellos y cuáles son las intervenciones más eficaces para ayudarlos en beneficio de su salud, bienestar o una muerte digna. La especificidad del tema a investigar y la prioridad que se le asigne están determinadas por la situación de salud junto a la realidad del cuidado.

Lo establecido en el Artículo 113 del Código Sanitario determina la necesidad y responsabilidad ética de enriquecer y validar el quehacer asistencial y docente con resultados de investigaciones que den respuestas a las interrogantes propias de la ciencia del cuidado, que por encontrarse en la interfase de las ciencias psicosociales y biológicas, es un área compleja y difícil de clasificar.

Jaqueline Fawcett, destacada investigadora, plantea que el objetivo final explícito de la investigación en Enfermería es encontrar pruebas que se puedan utilizar en la práctica, lo que hoy se denomina *“investigación traslacional”*, proceso de investigación utilizado para determinar qué condiciones, costos y recursos se necesitan para pasar de la generación y la comprobación de la teoría, a la utilización de la misma en la práctica clínica²⁰.

Desde sus inicios, esta Escuela en su permanente búsqueda por generar nuevos conocimientos, ha contribuido al desarrollo de la profesión y disciplina y ha impulsado la investigación.

Algunos ejemplos de ello en el plano disciplinario han sido²¹.

- Creación de un programa de Magíster, en Salud de la Comunidad en 1974 y vigente hasta 1984 el que debió suspenderse debido a que carecíamos del grado de licenciado;

- Creación de diferentes programas de pos título a partir de 1985;
- Modificación curricular de 1991 que permitió otorgar junto al Título Profesional el grado de Licenciado en Enfermería. Logro que constituyó un reconocimiento de la universidad a la calidad de la formación y al carácter de disciplina de la Enfermería;
- Creación de un nuevo Programa de Magíster ahora en Enfermería 2005.
- Mención especial amerita la puesta en marcha en 1975 del currículo conducente al título de Enfermera Matrona, sustentado en un modelo conceptual en el cual se integró la enseñanza de la obstetricia a la enfermería, ofreciendo así al país en un período crítico de los problemas materno infantiles, un profesional capaz de otorgar cuidados a lo largo de todo el ciclo vital, desde una perspectiva integral que considera también la necesidad de cuidados relacionados con la delicada función reproductiva de los seres humanos. Según esta mirada, el quehacer de la Matrona es conceptualizado como un área más de la Enfermería, la Enfermería Obstétrica, perteneciente a la misma disciplina, la del cuidado²¹.

En el plano de investigación diferentes estrategias entre las que se pueden mencionar proyectos financiados por diferentes organismos nacionales e internacionales (Fundación Kellogg, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, OPS, Fogarty/NIH Fondecyt, Fonis), la edición de la Revista Horizontes de enfermería, (que hoy cumple 25 años), la participación de profesoras en visita, la formación de profesores con grado académico de PhD en universidades extranjeras, establecimiento de relaciones internacionales y muchas más, han tenido como resultado que esta Escuela tenga un nivel de desarrollo que la sitúa en nuestro país, como la escuela con mayor número de investigaciones realizadas con financiamiento externo

y con el mayor número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales con comité editorial, según el estudio realizado por la profesora Rosina Cianelli en 2009²².

Estos logros y muchos más, han permitido a esta escuela avanzar en el progreso de la profesión, en el desarrollo de la disciplina y en el cumplimiento de su misión universitaria.

Siguiendo en este camino me atrevo sugerir remirar la formación de la Enfermera Matrona y tal vez ofrecer una formación clínica de pos grado al estilo de lo que ocurre en alguno países de Europa, en Estados Unidos y Canadá, en los que la formación para el desempeño de las funciones de la Matronas, la adquieren los profesionales con título de Enfermera/o a nivel de posgrado.

En el escenario actual, el cuidado de la vida de la que está por nacer, requiere una sólida formación profesional en aspectos éticos y valóricos. Por otro lado la polémica existente entre la profesión de Matronas y Enfermeras derivada del reciente dictamen de la contraloría que aclarara que la gestión del cuidado en las unidades de neonatología y ginecología puede ser realizada también por Enfermeras, es una oportunidad para innovar. Esta Escuela tiene la fortaleza para realizarlo y así ofrecer en esta área un cuidado avanzado y creativo, que se distinga por su audacia, solidez ética y valórica y capacidad de transformar el escenario actual.

Enfermería hoy día, debe responder a una alta y creciente exigencia ética, conceptual y técnica, al igual que a nuevos campos de trabajo y escenarios de cuidado, lo cual determina la necesidad de una constante revisión y actualización de los conocimientos y aptitudes que garanticen un cuidado de calidad.

Enfrentamos un futuro incierto, con una población envejecida, más dependiente y con una alta incidencia de enfermedades crónicas, que demandará más recursos sanitarios, con el consiguiente mayor gas-

to para el sistema²⁴. En este escenario la formación básica o de pregrado y los recursos para investigar son insuficientes.

La complejidad del cuidado profesional de enfermería nos exige para servir a la sociedad una formación sistemática, rigurosa y especializada en los ámbitos del saber, hacer y ser, que asegure a la población un cuidado de la más alta calidad.

Un cuidado de excelencia como lo expresa el lema de esta celebración.

Claudia Ariza, candidata a PhD en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, plantea que: *“La Enfermería necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora, en la atención y apoyo al paciente”* y advierte que si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios²³.

Es por ello que el proceso formativo de los futuros profesionales debe llegar a generar en ellos, con mucha fuerza, una disposición original de “defensa” del campo de los cuidados de enfermería²⁴.

Humberto Maturana en su libro *El Sentido de lo Humano* dice: *“los estudios profesionales son la ocasión para adquirir señorío operacional en algún dominio particular del hacer y la oportunidad para ampliar el ámbito de reflexión para una participación responsable y libre en la continua construcción cotidiana del mundo que vivimos”*²⁵.

El diálogo entre profesión y disciplina nos plantea el desafío de responder a la interrogante de cómo enriquecer el ejercicio profesional con una ciencia del cuidado que esté al servicio de los más necesitados, con una atención en la que los avances y la tecnología sean un instrumento que facilite el ejercicio de un cuidado humanitario y en el que la enfermera y enfermero como profesión de servicio tenga siempre presente, como lo acaba de decir el Santo Padre en su homilía en la misa celebrada en La Habana que *“servir es cuidar la fragilidad”*.

Para quienes hemos elegido servir a nuestros semejantes por medio de la enfermería y además somos creyentes lo expresado por Don Bernardino Piñera en su libro *“El Reencantamiento de la Vida”*²⁶, nos hace valorar la maravillosa oportunidad que tenemos de transformar el dolor en camino de redención, la oportunidad de dar a la vida y a la muerte su sentido, la oportunidad de transformar la angustia en serenidad, el temor en confianza, la debilidad en fortaleza.

Finalizo esta exposición con el acápite N°9 de la constitución apostólica *Ex Corde Ecclesiae* (ECE) que nos rige como Universidad Católica. En él se estipula que debemos hacer que se logre *“una presencia, por así decir, pública, continua y universal del pensamiento cristiano en todo esfuerzo tendiente a promover la cultura superior y, también, a formar a todos los estudiantes de manera que lleguen a ser hombres insignes por el saber, preparados para desempeñar funciones de responsabilidad en la sociedad y a testimoniar su fe ante el mundo”*²⁷.

REFERENCIAS

1. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Sep 28]; 139(6): 807-813. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>.
2. Fitzpatrick J, Whall A. *Conceptual Models of Nursing*. Stamford: Appleton&Lange; (3rd ed.) c1996. Chapter 1: Current Debates and Issues Critical to the Discipline of Nursing.
3. Kerouac S. *El pensamiento Enfermero*. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 1996.
4. Moreira A. *Cuidados de Enfermería* [dissertación]. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2002.
5. Orem D. *Nursing: concepts of practice*. 6 ed. Saint Louis: Mosby; 2001. pp. 7-9, 226, 541.

6. Fitzpatrick J, Whall A. Conceptual Models of Nursing Stamford: Appleton&Lange; c1996. Chapter XX, Leininger's Transcultural Nursing Model; p. 188.
7. Real Academia Española [Internet]. Diccionario Real Academia Española; [citado el 24 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
8. Durán de Villalobos María Mercedes. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán [serial on the Internet]. 2002 Dec [cited 2015 Oct 14]; 2(1): 7-18. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en
9. Diccionario Webster en español [Internet]. Merriam-Webster [Citado el 2 de Oct de 15]. Disponible en: <https://www.google.cl/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=diccionario%20webster%20espa%C3%B1ol>
10. Código Sanitario, Decreto con Fuerza de Ley N° 725 Actualizado a julio de 2000 (Publicado en el Diario Oficial de 31.01.68), Libro V, Artículo 113, inciso cuarto [Internet]. [Citado el 2 de Oct del 15]. Disponible en: www.bibliotecadelcongreso.cl/.../pub_leyes_mas_sol/admin/ver_archivo_codigos.php?id_codigo=6&file=1
11. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La Gestión del Cuidado en la Legislación Chilena: Interpretación y Alcance. Ciencia y enfermería. 2010; 16(1): 17-29.
12. Comisión MINSAL - Colegio de Enfermeras. Modelo de gestión del cuidado. Documento de trabajo. 2007.
13. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Norma General Administrativa N° 19, "Gestión del Cuidado de Enfermería Para la Atención Cerrada", Exenta N° 1127, del Ministerio de Salud. Santiago, 14 de diciembre de 2007, publicada el 25 de diciembre de 2007. [Citado el 29 de diciembre de 2007]. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/norma.doc>
14. NANDA: Definiciones y Clasificación 2015 - 2017. Wiley Blackwell 10ª edición. [citado el 2 de Oct de 2015]. Disponible en: http://www.academia.edu/9985436/NANDA_20152017_International_New_Edition_Setiawan_2015.
15. Taller de Taxonomía Enfermera. Sitio web <http://www.taxonomiaenfermera.com/> [citado el 2 de Oct de 2015]. Disponible en: <http://taxonomiaenfermera.com/>
16. Leddy, Pepper. Conceptual bases of Professional Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2003. Chapter 1, Professional Characteristic y The professional Nurse; p. 8-16, 32-39.
17. Newman M, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science. 1991; 14(1): 1-6.
18. Urrutia M. La disciplina de enfermería. Horizonte de Enfermería. 1992; 2 (3): 59-62.
19. Rivera MS. Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. Horizonte de Enfermería. 2003; 14; 21-32.
20. Fawcett J. Tendencias de investigación en enfermería. Aquichan [internet]. Universidad de La Sabana [Citado el 2 de Oct del 15]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.1http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4695/html>.
21. Cubillos L, Castellano A, Camus P. Historia de la Escuela de Enfermería "Isidora Lyon Cousiño" 1950-2000. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000. 310.
22. Cianelli R, Urrutia MT, Ferrer L, Poupin L, Masalán P, Villegas N, Arratia A, Ferrer X. Desarrollo de la investigación en enfermería: estudio diagnóstico Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín. 2009; 27 (1): 112-117.
23. Ariza C. La excelencia del cuidado: un reto para enfermería. Actualizaciones en Enfermería. Departamento de Enfermería. Fundación Santa Fe de Bogotá. 2005; 8(1): Editorial.
24. Campos C. Reflexiones en torno al sentido SER profesional de la enfermería. Documento si publicar. Santiago: Pontificia Universidad Católica, Escuela Enfermería UC. 1997.
25. Maturana H. El Sentido de los Humano. 7ª Edición. Santiago: Dolmen Ediciones. 1995. 315.
26. Piñera B. El reencantamiento de la vida. Editorial Los Andes, 1993. 134.

27. Ex Corde Ecclesiae. Constitución apostólica de S.S Juan Pablo II sobre las Universidades Católicas. Santiago: Dirección de Pastoral y Cultura Cristiana de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 2011.

DEL AUTOCUIDADO AL AUTOMANEJO: LA ESCUELA DE ENFERMERÍA UC EN LA VANGUARDIA DEL CUIDADO CRÓNICO

FROM SELF-CARE TO SELF-MANAGEMENT: UC NURSING SCHOOL IN THE FOREFRONT OF CHRONIC CARE

Ilta Lange Haensgen

Enfermera, MSc University of California Profesora Emérita Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles

Asesora OPS-Chile

Claudia Bustamante Troncoso

Enfermera Matrona, Magíster en Enfermería, Profesora Asistente. Escuela de Enfermería UC.

Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Claudia Alcayaga Rojas

Enfermera Matrona, Magíster en Psicología Profesora Asistente Adjunta. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Miembro del grupo de trabajo del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

María Cristina Escobar Fritzsche

Médica Cirujana. Magíster en Salud Pública, Asesora OPS-Chile. Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Luz María Herrera López

Enfermera Matrona, Magíster en Enfermería, Profesora Asociada Adjunta. Directora de Pregrado. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Lilian Ferrer Lagunas

Enfermera Matrona, PhD, Profesora Asociada Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Directora del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Solange Campos Romero

Enfermera Matrona, Magíster en Psicología, Profesora Asociada Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Miembro del grupo de trabajo del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Mila Urrutia Bunster

Enfermera, MSC, Profesora Titular Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Artículo recibido el 26 de noviembre, 2015. Aceptado en versión corregida el 26 enero, 2016

RESUMEN

Se propone una reflexión sobre el desafío que representa el cuidado de personas con condiciones crónicas de salud (CC) en la atención de salud y la incorporación del constructo "Apoyo al Automanejo" como parte de la formación profesional y a su vez, cómo este desafío ha sido asumido por la Escuela de Enfermería UC.

Se apoya esta propuesta, en el escenario epidemiológico actual de las condiciones crónicas de salud, especialmente de las enfermedades no transmisibles y los limitados resultados alcanzados con el modelo actual de atención, con los consecuentes efectos en las personas y familias. Se discute sobre el déficit de preparación en el equipo de salud para afrontar la complejidad de la situación. Se revisa la trayectoria de la Escuela de Enfermería en el ámbito de formación e investigación en autocuidado de la salud y su relación y evolución hacia el apoyo al automanejo como parte integral del Modelo de Cuidados Crónicos que es la estrategia definida por el Ministerio de Salud para enfrentar esta situación y se releva el rol de la Escuela al ser reconocida como Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles. **Palabras clave:** Autocuidado, enfermedad crónica, atención de enfermería.

ABSTRACT

We propose a reflection on the challenge of caring for people with chronic health conditions (CC) and the incorporation of "Supporting Self-Management" concept in the undergraduate program. Also there is a comment on how this challenge has been assumed by the UC School of Nursing.

This approach is based on the current epidemiological scenario of chronic health conditions, particularly non-communicable diseases and the limited results achieved with the current model of care, with consequent effects on individuals and families diseases. It discusses the deficit of preparation for health teams to deal with the complexity of the situation. The trajectory of the School of Nursing is reviewed in the field of training and research in self-care and their relationship and evolution towards self-management support as an integral part of the Chronic Care Model which is the strategy defined by the Ministry of Health to deal with this situation and the role of the School is relieved to be recognized as WHO-PAHO Collaborating Center for the Development of Health Services and Nursing in non communicable diseases. **Key words:** Self-care, chronic disease, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La realidad actual muestra que a pesar de los grandes logros en la cobertura de atención de salud, las cifras de compensación metabólica de las personas con condiciones crónicas (CC) son muy bajas, lo que genera aparición de complicaciones evitables con un buen control metabólico. Esta realidad determina enormes costos a nivel personal, familiar y social en todas las personas y sectores de la sociedad involucrados.

Observamos hoy la siguiente paradoja: grandes volúmenes de personas con CC son atendidos día a día en los establecimientos del sistema versus la efectividad de estas atenciones que no se refleja en resultados de control metabólico.

Desde la perspectiva de este grupo de trabajo, una de las explicaciones de la situación, es que los equipos de salud, todavía enfrentan la atención de “pacientes crónicos” –mayoritariamente personas con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2)–, como si se tratara de personas que tienen una enfermedad aguda y episódica. Desde esta lógica, sería suficiente con asistir a una consulta esporádica de 15 a 20 minutos de duración, donde se informa el diagnóstico y se prescribe el tratamiento a seguir.

Este modelo de atención ha demostrado ser inadecuado e ineficaz para responder a las necesidades de las personas con CC, quienes requieren apoyo para lograr el automanejo de su condición e implementar cambios en su diario vivir que les permitirán prevenir, retardar o manejar síntomas, discapacidades y complicaciones.

Se presentan a continuación los elementos tomados en consideración para decidir adoptar la estrategia de formar a los profesionales para que apoyen de manera efectiva las personas con CC y así estas logren el automanejo de su condición. Esta decisión estratégica de nuestra unidad académica ha considerado entre sus antecedentes tanto el escenario epidemiológico actual, así como también la trayectoria de la Escuela de Enfermería en el Autocuidado de la Salud como marco

conceptual. Por este motivo, se iniciará la reflexión recordando ese origen.

Se destacará en el artículo la definición y alcances de los conceptos “automanejo” y “apoyo para el automanejo” y se discutirán las oportunidades que el escenario actual del Plan Nacional de Salud para el periodo 2011-2020, ofrece en relación a la implementación de un Modelo de Cuidados Crónicos que considera el “apoyo para el automanejo” como uno de sus elementos fundamentales.

CUERPO DE LA REFLEXIÓN

Educación para el Autocuidado de la Salud en la Escuela de Enfermería UC

La Escuela de Enfermería UC (EEUC), busca preparar estudiantes con competencias para enfrentar el escenario epidemiológico del país y que hagan un aporte significativo a la salud de la población. A lo largo de su trayectoria formando Enfermeras(os) y Enfermeras(os) - Matronas(es), el currículo se ha actualizado para dar respuesta a la evolución de las necesidades del país.

El primer proyecto relacionado con el autocuidado “Impacto de programas educativos en el autocuidado de pacientes ambulatorios”, desarrollado entre 1983 y 1985, surgió de una inquietud compartida por enfermeras del CEDIUC –actual Centro Médico San Joaquín– y docentes de la EEUC¹. A partir de esta experiencia y transcurridos varios años de proyectos y otras actividades de extensión e incorporación curricular del autocuidado, se crea en 1990 la Oficina de Promoción de Salud y Autocuidado (PROSA) con el propósito de continuar la trayectoria de proyectos realizados en conjunto con la Red de Salud UC². Paralelo a estas actividades, se fue consolidando el cuerpo de conocimientos disciplinar, fundamentalmente a través del estudio y reflexión en torno a la Teoría del Autocuidado de D. Orem³. Una de las inspiraciones que surge del trabajo de esta teorista y que permea la docencia en la EEUC; es la convicción de que todas las personas tienen capacidad para cuidar

de sí mismas –autocuidado– y que el rol del profesional de enfermería es acompañar, apoyar y suplementar esta capacidad de acuerdo a las necesidades específicas de las personas, familias y comunidades.

Los proyectos de autocuidado apoyados durante una década por la Fundación W.K. Kellogg abarcaron diversas poblaciones y áreas temáticas. Los equipos a cargo de estas iniciativas se diversificaron y la oferta de formación a través de educación de pregrado y educación continua aumentó¹.

En los años noventa, la EEUC realizó investigaciones colaborativas con el equipo de la Dra. Annette O'Connor, del Centro de Salud Global y del Ottawa Health Research Institute de University of Ottawa, Canadá, quien desarrolló un marco conceptual para apoyar a las personas en el proceso de tomar decisiones relacionadas con su salud. Estos proyectos fueron apoyados entre 1990-2003 por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) y entre el 2004-2005 por los Canadian Institutes of Health Research.

El marco conceptual de Apoyo a la Toma de Decisiones de Ottawa⁴ se articula perfectamente con la teoría de Autocuidado, pues, el primer paso para el “autocuidado deliberado” es tomar la decisión de cuidarse. A partir de esta colaboración surge un nuevo ámbito de proyectos, en relación con la atención de personas con condiciones crónicas de salud.

Otro hito relevante en esta trayectoria, es la designación de la EEUC en el año 2008 como Centro Colaborador OMS-OPS. Este, corresponde a un reconocimiento de la experticia de un grupo de trabajo en una institución y en un área de desarrollo específica que a su vez aporta al Plan Estratégico de la OMS en la región. Si bien durante el primer periodo de designación (2008-2012) el foco fue el desarrollo de la Atención Primaria, los términos de referencia del centro estuvieron dirigidos al desarrollo de estrategias innovadoras que por una parte mejoras en el cuidado en personas con DM2 y por otra la prevención y detección oportuna del VIH. Ambas

líneas de trabajo sólidamente cimentadas en proyectos adjudicados en fondos concursables de gran relevancia nacional e internacional (Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico-Fondef y National Institutes for Health Research-NIH).

En el siguiente periodo de redesignación se opta por focalizar más específicamente en el desafío del cuidado crónico, por ello, la denominación hoy es Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles. El equipo que participa del centro, ha continuado la línea de trabajo a través de la adjudicación de fondos intra y extramurales, publicación de artículos de divulgación científica, desarrollo de documentos técnicos e impulsando programas de educación continua.

Alcances de las enfermedades no transmisibles

Si bien algunos problemas de salud de la población han presentado una evolución favorable en nuestro país⁵, el escenario en relación a las Enfermedades No Transmisibles (ENT) es distinto. No obstante los avances en la cobertura de atención y la existencia del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en el sistema público de salud, dirigido a la detección y control de las personas con factores de riesgo cardiovasculares mayores, el control de las personas con DM2 o HTA no es lo suficientemente efectivo. Solo un tercio (34,3%) de las personas de 15 años y más con DM2 en Chile, alcanza niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor de 7%, y tan solo 16,5% de las personas con HTA elevada, logra niveles de presión arterial bajo 140/90 mmHg. Las ENT en Chile representan el 87% de la carga de enfermedad del país, situación comparable a los países de mayor desarrollo en Europa y Norteamérica^{5,6}.

En el modelo actual de atención una persona con una o varias de las ENT, asiste en promedio tres veces al año a un centro de salud para control de exáme-

nes de laboratorio y una consulta de 15 a 30 minutos de duración, con alguno de los profesionales del equipo. El foco de la consulta profesional está en cotejar el cumplimiento de las indicaciones entregadas en controles previos y la detección de signos y síntomas de complicaciones agudas o crónicas. Se podría caracterizar este modelo como: reactivo, fragmentado, episódico y centrado exclusivamente en atenciones presenciales, que no permite apoyar a los pacientes y familiares cuidadores.

A su vez, no existe suficiente comprensión en el equipo de salud sobre los elementos que condicionan la complejidad del abordaje de las CC, caracterizadas por atributos: como permanencia –“no se quita”–, irreversibilidad –“no se cura”–, incapacidad residual, degeneración y larga duración; a lo que se suma la necesidad de implementar cambios en los estilos de vida y afrontar la adaptación a la enfermedad y asumir la responsabilidad de llevar esquemas terapéuticos complejos⁷.

Las consecuencias de la brecha entre la atención que hoy se brinda y las necesidades particulares de las personas con CC son múltiples y de alto costo. Incluyen desde la calidad de vida de la persona y su grupo familiar, hasta los costos para el país, por los recursos humanos y materiales que es necesario poner a disposición de los usuarios. Por su parte, el equipo de salud se desgasta observando que sus intervenciones no tienen efecto en los resultados clínicos de los pacientes.

El año 2011 el MINSAL presenta la “Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020”, que incluye entre sus Objetivos Estratégicos la prevención y control de las ENT más prevalentes para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas. Propone como estrategia transversal la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos en los establecimientos de la red pública de atención. Este, corresponde a una organización para el cuidado de las personas con CC, que promueve el desarrollo de interacciones

productivas entre el equipo de salud y el paciente y su grupo familiar dirigidas a alcanzar los mejores resultados clínicos y funcionales^{8,9}. Para lograrlo, se requieren pacientes informados y activados y un equipo de salud proactivo y preparado¹⁰.

En este sentido, la principal debilidad percibida hoy por los equipos de salud, es su desconocimiento y falta de preparación para aplicar este modelo de atención y por otra parte, el reconocimiento de que dentro del equipo de salud, el rol de la Enfermera es fundamental para articular el cuidado crónico a través del contacto directo con los usuarios y de la gestión administrativa de los casos.

Automanejo y apoyo para el automanejo

El automanejo, se refiere a la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las CC¹¹. Desde esta perspectiva, el apoyo al automanejo es la provisión sistemática de intervenciones educativas y de ayuda por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoeficacia que el paciente requiere para manejar su condición. Para ello, cada miembro del equipo de salud contribuye a que la persona con una CC, realice los cambios necesarios en su vida diaria para prevenir o retardar síntomas, discapacidad y complicaciones¹².

Las estrategias de apoyo para el automanejo, incluyen la incorporación del cuidado de salud a distancia, promover la autonomía de las personas, fomentar su autoeficacia y ayudarles a mantener el control sobre sus vidas, en vez de crear dependencia de los servicios de salud¹³.

Una persona con una CC logra el automanejo si está en condiciones de abordar las distintas dimensiones involucradas en el cuidado de su salud, que incluye las dimensiones: a) física referida al manejo de la enfermedad, reflejada en la toma de medicamentos, cambio de hábitos de alimentación y ejercicio, manejar síntomas, entre otras; b) social para manejar las

actividades y roles del día a día; y c) emocional-espiritual que le permita manejar la rabia, el miedo, la depresión, el aislamiento, entre otras¹⁴.

¿Cómo se relacionan los distintos conceptos involucrados? Hoy, entendemos que en la vivencia de la condición crónica y su multidimensionalidad, en primer lugar la persona logra manejar algunos síntomas, la mayor parte de ellos porque le generan malestar y por lo tanto son muy evidentes, sin embargo, la realidad indica que el manejo de la condición no avanza mucho más que eso, un ejemplo de la vida diaria: el paciente hipertenso descompensado que le “duele la cabeza” y se “toma una pastilla” para aliviar el dolor, a pesar de reconocer en la cefalea un síntoma de probables cifras tensionales elevadas, solo se focaliza en la solución rápida del dolor. Para avanzar en el manejo de la enfermedad, es necesario sumar al manejo y reconocimiento de síntomas actividades de “automonitoreo” que dan cuenta de que la persona logra relacionar los signos y síntomas con sus factores desencadenantes y con formas específicas de objetivar el problema, para el caso del ejemplo anterior, el paciente decide que antes de tomar la “pastilla” debe realizar una medición de la presión arterial. Desde la perspectiva del automanejo, manejar los síntomas y desarrollar actividades de automonitoreo son pasos claves y previos, pero no suficientes, por eso el automanejo implica una evolución mayor en la persona y su entorno y a su vez, el concepto global, sigue siendo el autocuidado, porque lo que permea toda relación con la persona y familia es la firme convicción de su capacidad para el cuidado. Esta conceptualización se intenta graficar en el esquema propuesto en la Figura 1, que es la manera como hoy se visualiza esta interrelación de conceptos.

Para enfrentar el desafío de lograr que el modelo de atención existente, orientado a resolver problemas de salud agudos, se complemente con un MCC, que más que curar, tiene como objetivo el cuidar y apoyar en el logro de su automanejo

al paciente con CC y su familia, se hace necesario hacer cambios en varios niveles: formación de pregrado y postgrado de los profesionales de salud e incorporar la capacitación en cuidados crónicos en programas de educación continua de profesionales, entre otros.

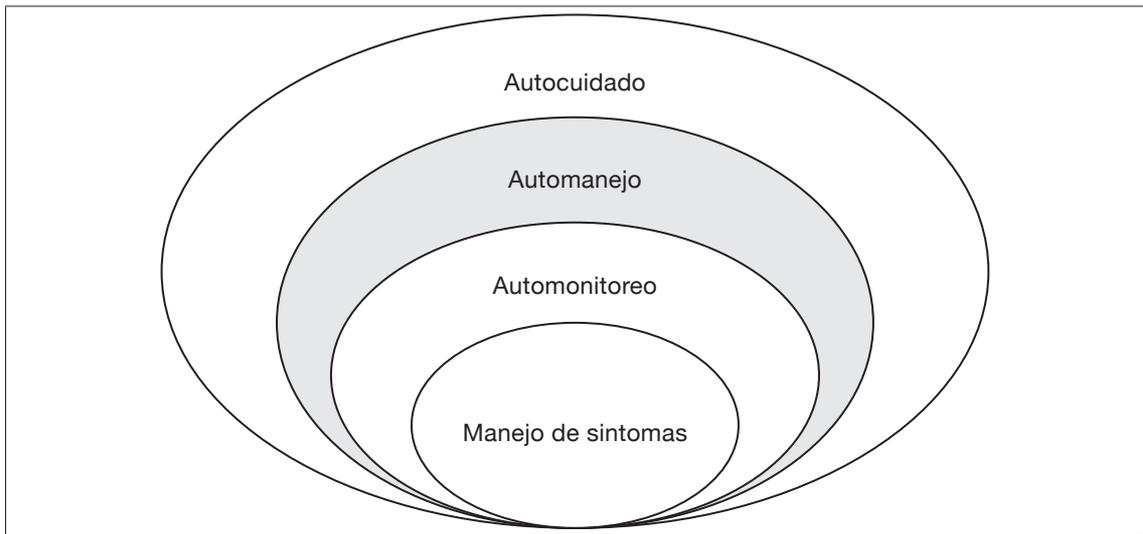
En el MCC, se refuerza la capacidad de gestión de los equipos de salud, quienes a través de la aplicación de “ciclos de mejoramiento continuo” en su contexto local, enfatizando las nociones de territorialidad, población a cargo y centralidad, a través de la adaptación y evaluación del efecto de sus intervenciones y de acuerdo a su realidad. En este sentido, a pesar de los avances logrados, será necesario profundizar en la adaptación de este modelo a la realidad chilena y hacer un énfasis en la incorporación del uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's) como un aporte a la continuidad del cuidado.

Aplicación de estrategias de apoyo al automanejo

La experiencia de la EEUC en el desarrollo de consejerías telefónicas y telecuidado para el ámbito crónico, se inició con el proyecto MATS-Fondef, que diseñó, implementó y evaluó un Modelo de Atención Remota para personas con DM2 cuyo eje articulador del cuidado, fue el apoyo a los usuarios a través de consejerías telefónicas¹⁵. Este trabajo ha continuado, incrementando el conocimiento sobre el apoyo telefónico e incorporando otras estrategias como llamadas automatizadas y mensajería de texto¹⁶.

Un aporte concreto del equipo de trabajo involucrado ha sido la conceptualización de las “consejerías telefónicas de apoyo al automanejo”, como una estrategia que aporta a la continuidad de atención de los pacientes con CC a través de la incorporación de TIC's para el cuidado crónico. Esta estrategia ayuda a disminuir las barreras de acceso y oportunidad y hacer un aporte sustancial a la continuidad del cuidado. Para este desarrollo ha sido clave la formación y aplicación de diversos marcos y modelos conceptuales que se

Figura 1. Conceptos relacionados con el autocuidado y automanejo para el cuidado crónico.



Elaboración propia.

articulan o permiten la aplicación práctica de los ya mencionados (autocuidado, toma de decisiones en salud, entre otros). En este sentido la aplicación de estrategias motivacionales para el cambio de conducta ha significado un gran aporte y nuestro equipo de trabajo cuenta con trainers en Entrevista Motivacional certificadas por Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) que se han encargado de la formación del equipo de trabajo.

Otra estrategia fuertemente desarrollada, es la educación para el automanejo a familiares cuidadores, en este sentido el Centro Colaborador participa del Programa Familiares Cuidadores UC que ha permitido consolidar un cuerpo de conocimiento y experiencias en relación a las necesidades de este importante y creciente grupo de personas y también generando evidencia de los efectos positivos de la aplicación de una estrategia específicamente dirigida a ellos. El equipo reconoce que el rol de la familia en la tarea del cuidado es gravitante, sin embargo el familiar cuidador, cada vez en mayor medida, cumple además el rol de trabajador y si bien el cuidado otorgado por un familiar puede afectar positivamente el bienestar

físico y psicológico del enfermo crónico o discapacitado, a menudo tiene una influencia adversa en la salud física y mental del cuidador, aspectos que son prevenibles y abordables a través de estrategias específicas¹⁷.

CONCLUSIONES

Si bien la EEUC sigue trabajando en la senda de la promoción del autocuidado de la salud, la magnitud de la epidemia de las ENT y los malos-regulars resultados actuales del sistema de salud, nos exige buscar nuevos elementos y estrategias de apoyo para que las personas efectivamente logren manejar sus condiciones de salud crónicas –es decir– el automanejo.

El equipo que lideró la incorporación del concepto de autocuidado en los programas curriculares, de educación continua y la investigación que se desarrolla en la EEUC, señala que las cinco características básicas del modelo de las Consultas Educación para el Autocuidado de la Salud (EPAS)² son:

1. Cada contacto entre usuario y personal de salud es considerado como una instancia educativa potencial y una

oportunidad para reforzar o desarrollar capacidades de autocuidado

2. Los usuarios y sus familias son considerados parte del equipo de salud
3. Los usuarios y sus familias son reconocidos no solo como consumidores sino también como proveedores de atención de salud
4. La relación interpersonal entre usuarios y equipo de salud es horizontal, participativa, constructiva, respetuosa y democrática
5. El estilo de gestión es coherente con la filosofía de autocuidado

Estas características siguen vigentes hoy y solo necesitan ser renovadas en el sentido de buscar los aspectos específicos para su aplicación en el cuidado crónico.

La EEUC, se encuentra en un proceso de reforma curricular basado en las características demográficas y epidemiológicas de la población y las tendencias nacionales e internacionales en la formación de Enfermería; con el objetivo de ofrecer al país profesionales capaces de responder a los desafíos que plantea el cuidado de pacientes con CC, se ha definido que los estudiantes que egresen serán competentes para implementar planes de cuidado para el automanejo de CC de salud a nivel individual, familiar y comunitario, fundamentados en referentes teóricos y de realidad. El equipo del Centro Colaborador está activamente involucrado en este proceso y la reflexión que se ha presentado, ha sido uno de los frutos de este trabajo.

Así como hace algunas décadas un proyecto conjunto de enfermeras clínicas y docentes fue la semilla para toda una línea de trabajo en autocuidado, reconocida a nivel nacional e internacional, hoy las bases están cimentadas para volver a convertir a la escuela en referente en el desarrollo de estrategias de apoyo al automanejo y formación de estudiantes que con toda propiedad puedan señalar que el apoyo al automanejo es parte de su rol profesional. El desafío está planteado y la escuela, creemos, sigue en la vanguardia y

de lleno comprometida con las necesidades de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cubillos L, Castellano A, Camus P. Historia Escuela de Enfermería "Isidora Lyon Cousiño" 1950-2000. 2000.Ed. Centro de Documentación e Investigaciones Históricas de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera LM, Jaimovich S, Luarte M, Madigan E, Fonseca IC. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. 2006. Organización Panamericana de la Salud. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) Unidad de Organización de Servicios de Salud (THS/OS).
3. Orem D. Nursing Concepts of Practice. 2001.St Louis, Missouri, EE.UU.: Mosby, Inc.
4. O'Connor AM, Jacobsen MJ, editores. Conflicto decisional: valorando y apoyando a las usuarias que tienen dificultad para tomar decisiones que afectan su salud. Traducción Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004: 41.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s/f). Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=29&option=com_content#ref3
6. Ministerio de Salud. Departamento Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, Chile. Enfermedades No Transmisibles [Internet]; 2013. Disponible en: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Enfermedades-no-transmisibles-en-Chile-2013.pdf
7. Freitas MC, Mendes MMR. Condición crónica de salud del adulto. Análisis de concepto. Rev Latino-am Enfermagem.2007; 15(4): [Internet]; 2007. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a11.pdf

8. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff* 2001; 20 (6): 64-78.
9. Group Health Research (s/f) The Chronic Care Model. [Internet]; Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=1:_Models&s=363
10. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996; 74(4): 511-44.
11. Wilkinson & Whitehead. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(8): 1143-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
12. Richard & Shea. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(3):255-64. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x.
13. Lange I, Campos S, Bustamante C Alcayaga C. Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas. Directrices para la implementación. 2015. Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Editores. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública.
14. Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. *Living a Healthy Life with Chronic Conditions* (4th Edition). Boulder CO: Bull Publishing, 2012.
15. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Téllez A, Pérez JC, Villarroel L, Chamorro G, O'Connor A, Piette J. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Revista Médica De Chile*. 2010;138(6):729-737
16. Alcayaga C, Campos S, Lange I, Bustamante C, Pérez J, Zúñiga F. Pilot plan for a mobile health communication and monitoring system for people with diabetes [Plan piloto del sistema de comunicación y seguimiento móvil en salud para personas con diabetes]. *Pan American Journal Of Public Health*. 2014; 35(5-6): 458-464.
17. Herrera LM, Alcayaga C, Torres M, Funk R, Bustamante C, Riquelme G, Campos S, Urrutia M, Lange I. Programa de apoyo al trabajador cuidador familiar: fenómeno social emergente. *Aquichán*. 2014;3(14):430-439.

LA DIGNIDAD INHERENTE AL HOMBRE A RESPETAR, PROTEGER Y PROMOVER EN TODO SER HUMANO: UNA LUCHA QUE MERECE LA PENA PARA LA PROTECCIÓN DE LA HUMANIDAD.

THE DIGNITY INHERENT IN THE MAN TO RESPECTING, PROTECTING AND PROMOTING IN EVERY HUMAN BEING: A FIGHT THAT IS WORTH IT FOR THE PROTECTION OF THE HUMANITY.

Cécile Furstenberg

Enfermera Doctoranda en Filosofía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Artículo recibido el 28 de diciembre, 2015. Aceptado en versión corregida el 26 de enero, 2016.

RESUMEN

*Los múltiples usos equívocos de la palabra dignidad invocan una necesidad patente de clarificar el concepto. La etimología, las referencias y su utilización en la historia de la humanidad cristalizaron el concepto de Dignidad con el del hombre. La dignidad firma el valor sin precio del hombre al cual se le merece un respeto singular. Esta dignidad inherente a todo ser humano, desde el comienzo de la vida hasta su ocaso, es frágil tiene que ser protegida y promovida, la humanización responde a esta necesidad. **Palabras clave:** Dignidad, derechos humanos, humanización, bioética.*

ABSTRACT

*The multiple equivocal uses of the word dignity invoke a clear need to clarify the concept. The etymology, the references and his utilization in the history of the humanity crystallized the concept of Dignity with that of the man. The dignity signs the value without price of the man to whom a singular respect is deserved. This inherent dignity in every human being, from the beginning of his life up to his west, is fragile and has to be protected and promoted, the humanization answers to this need. **Key words:** Dignity, human rights, humanization, bioethics.*

INTRODUCCIÓN

La dignidad ha tenido aprobación y muchos sentidos, que han sido modulados por los conceptos históricos en función del uso cotidiano, cultural o político. Esto tiene consecuencia en las representaciones, en particular, del ser humano. En el campo de la salud estas evoluciones o usos determinan modos de enfrentar los objetivos de salud que pueden ser muy diferentes. El peligro de no tomar conciencia de estos giros es de optar por un sistema de salud, o un modo de enfrentar problemas de salud, que pueden transformar veladamente el sujeto en objeto o degradar el valor de la vida humana.

En la primera parte discutiré los orígenes del uso del término dignidad en la antigüedad y precisaré la etimología, daré algunos datos relevantes de la evolución del concepto en el curso de la historia.

En la segunda parte mostraré cómo esta evolución marca de forma determinante la manera de concebir al ser humano en particular por lo que atañe a sus etapas de comienzo y ocaso de la vida. También toda vulnerabilidad de la etapa adulta esta puesta a prueba por el concepto de dignidad.

En la tercera parte revelaré la peculiar importancia y la responsabilidad del hombre en cuidar del buen uso de los conceptos. La implicación de un uso incompleto o incorrecto puede ser preocupante en ética. Las reflexiones filosóficas respecto de la vida y de la ecología humana albergan una ética que no solo respeta al ser humano como “yo” sino que a todo ser humano como otro o “alter-ego” y promueve cuidado al ser humano vulnerable vivo.

CUERPO DE LA REFLEXIÓN

El término de Dignidad y su sentido

1. Etimología

La palabra dignidad viene del latín (dignitas): dec-nus traducido como decente, merecedor, conveniente, honorable, respetable. El término fue utilizado por Cicerón (106-43 a. J.C.) en *De Officiis* en dos sentidos:

- El sentido sociopolítico: rango social, carga, honor, basado en la función ocupada en la república.
- El sentido antropológico: la dignidad expresa la superioridad del hombre sobre el animal en virtud de su racionalidad.

Debru¹ nos recuerda el uso del término en la antigüedad: “Remontando al origen del término, se encuentra frecuentemente un núcleo de sentido que nos aclara y una distancia que nos entrega reflexiones. La palabra en latín, dignidad (dignitas) tuvo primero un sentido político y social antes de pertenecer al grupo de la moral. Era la cualidad del que hizo sus pruebas de valor y que merecía por lo mismo signos de respeto y reconocimiento” (traducción personal).

2. Historia y evolución del concepto de dignidad

Es una tarea ardua la de precisar esta evolución en forma cronológica ya que el concepto de dignidad va evolucionando en campos y contextos distintos, ya sea en la filosofía, antropología, sociología, legislación, ética. Sin embargo se pueden observar una evolución del concepto según momentos o campos determinados. Es importante que en esta búsqueda de aclaraciones de la dignidad se pueda considerar dos polos, el polo del ser humano como tal y el de la obligación de respeto a su consideración en el otro.

a) La dignidad y las religiones

En las religiones, la dignidad confiere un carácter sagrado. En teología, el origen de la dignidad humana surge de la consideración del hombre creado por Dios a “imagen y semejanza de Dios” (Gen 1,26) y después Dios dio al hombre la responsabilidad de la naturaleza y de los animales. Esto corresponde a las representaciones de las tres religiones monoteístas: cristiana, musulmana, judía. El mandamiento “no matarás” (Éxodo 20:1-17) está vinculado con esta obligación de respeto hacia toda vida humana.

Sin embargo, según la teología cristiana el hombre es libre y puede escoger el mal y perder parte de su dignidad. Jesús con su muerte ofrece la redención y la posibilidad para todos de recuperar esta dignidad plena. Juan Pablo II en su carta encíclica *Evangeliae Vitae* recuerda: “El Evangelio del amor de Dios al hombre, el Evangelio de la dignidad de la persona y el Evangelio de la vida son un único e indivisible Evangelio”².

b) Dignidad en filosofía

En filosofía se destaca el aporte notable de Kant (1724-1804) al respecto, subrayó el derecho y obligación de respeto hacia el otro, recíprocamente. La humanidad misma es dignidad y fin en sí-mismo y no puede ser utilizada como medio ya que no tiene precio. El imperativo categórico, según él, determina esta obligación de cada ser humano: «Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca solo como un medio»³. La dignidad tiene un valor universal. La crítica sin embargo que se puede dirigir a Kant es de haber reservado la designación de persona a los seres humanos racionales autónomos, o sea, capaces de decidir.

c) Dignidad en derecho

La declaración universal de los derechos humanos (1948), en el preámbulo certifica que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

En su Artículo 1, se menciona que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. En su Artículo 2, dice que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, po-

sición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Que la dignidad aparezca con tanta fuerza en las declaraciones universales de los derechos humanos tiene una razón, se explica por hechos históricos sobre los cuales conviene detenerse. En efecto en el preámbulo se declara que: “Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias”.

De igual manera que las barbaridades han existido durante tanto tiempo, ya sea en forma de sacrificios humanos, guerras de religiones, también han existido los defensores de la dignidad, por ejemplo, Bartolomé de las Casas. En el siglo XVI, fue capaz de situarse en un plano supranacional, universal, defendiendo los derechos de todos los hombres, la universalidad e indivisibilidad de los derechos. Su vida fue un compromiso con la dignidad del hombre. Luchó para conseguir para los indígenas la dignidad, la libertad, la justicia, para preservar su cultura, su tierra y sus bienes. Misionero en el tiempo de los colonos en América Latina, quiso despertar la conciencia de la necesidad de valor, de la dignidad de todo ser humano. También se puede aludir a Gandhi o Nelson Mandela como promotores de paz y respeto de la dignidad entre los seres humanos.

Los actos de barbarie se refieren a las atrocidades y genocidas nazis. Es importante ver cómo se originaron ya que empezaron en el campo de la salud. Poco es conocido el programa Acción T4 que fue instaurado por Hitler y que es muy relevante. El uso nazi del término “eutanasia” se refería a la matanza sistemática de los discapacitados mentales y físicos que estaban internados en instituciones. Las víctimas eran personas que para la ideología nazi llevaban vidas indignas de ser vividas.

El interés económico de tal eutanasia fue evocada. El programa de eutanasia empezó en julio de 1939. En octubre de 1939 Hitler firmó una autorización secreta para sugerir que el programa de eutanasia estaba relacionado con medidas de guerra y que los profesionales pudieran aplicarlo.

Seis instalaciones de gas fueron luego creadas como parte del programa de eutanasia. Las víctimas de este programa de eutanasia incluían originalmente niños y adultos con incapacidades o anomalías físicas o con enfermedades mentales. Los médicos del programa seleccionaban pacientes para la muerte. Decían a las víctimas que iban a someterse a una evaluación física, después les pedían que se ducharan para desinfectarse pero entonces eran asesinados en cámaras de gas y sus cuerpos quemados en crematorios. Durante la fase inicial de las operaciones, de 1939 hasta 1941, alrededor de 70.000 personas murieron en el programa de eutanasia. En el procedimiento del Tribunal Militar Internacional de Núremberg (1945-1946), se calculó que el número total de víctimas era de 275.000 personas. Su programa se hizo público en gran parte por la resistencia y denuncias del cardenal Clemens August von Galen en sus homilias⁴. Hitler tuvo que anular el programa. Sin embargo lo utilizó luego contra los judíos y no dejó de ordenar asesinatos hasta los últimos días de la guerra, en centrales o incluso en algunas clínicas privadas, personas discapacitadas, o personas geriátricas. Los millones de muertos por su origen judío, así como los gitanos, los resistentes, durante el holocausto, es una realidad dramática en la historia de la humanidad.

La lucha consecutiva por la dignidad de todo ser humano se desempeñó con mayor fuerza apelando a los conceptos de responsabilidad, conciencia, protección de la vulnerabilidad y de la vida. Las reflexiones de los filósofos (Lévinas, Arendt, Jonas, y Stein entre otros) que vivieron estos tiempos difíciles merecen una peculiar atención ya que centraron su preocupación sobre la necesidad de fomentar y favorecer una vida humana en el mundo:

3. La dignidad intrínseca y extrínseca

Es importante relevar que la noción de dignidad desde su origen tiene dos modos de expresiones que se complementan. Por una parte se considera la dignidad por: "lo que es debido a todo ser humano por el solo hecho de ser humano"⁵.

Por otra parte se considera la dignidad en función del comportamiento, del estado corporal, es relacionado con lo que uno expresa en correlación con lo que uno u otro estima bueno. El aspecto de la dignidad es por lo tanto, más bien, una consideración social. En estos casos se usa el término de manera vaga o muy personal en función de la idea forjada por uno o por un grupo.

De manera que si se considera luego que se lucha para que alguien sea tratado con dignidad quiere decir que sea respetado, considerado, estimado, tratado con benevolencia y justicia o sea que sea tomada en cuenta su dignidad tanto intrínseca como extrínseca. Lo que no corresponde es separar los dos aspectos de la dignidad y considerar la segunda posición omitiendo el concepto de inherencia que es fundamental.

LA DIGNIDAD Y LA HUMANIDAD

1. Relación entre dignidad y ser humano

La dignidad emergió con vigor en los derechos humanos desde los hechos de las atrocidades deshumanizantes. Si la repercusión mundial de la consideración apela a una protección general e universal de la humanidad el carácter individual de su vigencia es igualmente fuerte. ¿Cómo surge esta toma de conciencia en el ser humano? La moral y la educación inciden en la toma de conciencia, que no solo tiene que ser política o comunitaria sino también individual.

Las reflexiones de Hannah Arendt⁶ sobre el proceso de Eichmann en Jerusalén incitan a promover las reflexiones individuales, a tomar conciencia de sus palabras y de sus actos en el mundo. El riesgo es importante de llegar a hacer el mal simplemente obedeciendo a una orden dada

sin pensar en las consecuencias, o de hacer algo que en una cadena de hechos cumplidos, también por otros, acaba dando lugar a una acción o a un proyecto que resultará finalmente inhumano.

Los seres humanos son vulnerables por el solo hecho de ser mortales. La dignidad es intrínseca a todo ser humano. Se emplea también el concepto de persona para subrayar la dignidad del hombre, no precisaré las variaciones del concepto de persona desde la antigüedad, sería necesario un desarrollo largo y complejo. Quedaría la dificultad de confirmar hasta dónde y para quién el embrión es persona así como el vegetativo crónico o el moribundo en estado de coma. El ser humano desde el principio de la vida hasta su muerte es reconocido como merecedor de dignidad. Además no deja de ser posible que igualmente el cuerpo muerto merezca ser tratado con dignidad.

2. Al comienzo de la vida y a su ocaso

La vulnerabilidad asociada a la dependencia se muestran de forma patente al comienzo de la vida y en la vejez avanzada o en casos de enfermedades graves, induciendo una incapacidad parcial o total de conservar una autonomía de decisión y/o operativa.

Los seres humanos son llamados a reconocer y proteger la dignidad con fraternidad, protegiendo las vidas de los seres humanos o permitiendo que estas puedan desarrollarse en las mejores condiciones posibles. Es ahí donde corresponde la responsabilidad hacia el otro, el prójimo al cual se refiere el evangelio del samaritano (Lc 10, 25-37), o Lévinas⁵ cuando dice que todo yo es "llamado a ser el guardián de su hermano". Lévinas alude a un sentimiento de "maternidad" hacia el otro.

El código de ética médica desde su origen hipocrático hasta el código vigente actual contiene como impedimento el provocar voluntariamente la muerte. La función del médico es acompañar, aliviar el dolor y controlar los síntomas.

Delante del hermano con dolor o sufrimiento causado por una enfermedad

grave la respuesta va a ser de respetarlo en su dignidad, protegiéndolo y ayudándolo para que pueda sobrellevar lo mejor posible esta situación. La ciencia ha hecho progresos inconmensurables en materia de alivio del dolor, las dificultades de discernimiento permanecen en cuanto a tomas de decisiones relativas a tratamientos pesados y saber valorar sus reales beneficios. La tarea es difícil, implica tanto al paciente y a los cercanos como a los profesionales para las decisiones que van a permitir la mejor calidad de vida posible en la situación dada.

La reivindicación de la legalización del aborto como de la eutanasia es una respuesta inadecuada que interrumpe de forma brutal y mortal una búsqueda de sentido y de solución en una situación de vida difícil, puesta a prueba, además bajo el pretexto de permitir "una muerte digna" (expresión que se encuentra en las declaraciones de la Asociación del Derecho a Morir en la Dignidad (ADMD)). La eutanasia propone matar al ser humano con su dignidad. La separación errónea que hacen, dichos miembros de esta asociación, entre la dignidad relacionada con la calidad de vida y la condición corporal, y la dignidad inherente en todo ser humano, les otorga esta impresión de actuar bien. Algunos llegarán hasta el punto de declarar estar haciendo un acto compasivo.

a) Desde el comienzo de la vida...

En cuanto al aborto, a Paulo VI se le atribuye el milagro de haber curado a un feto diagnosticado con graves problemas cerebrales, pero que nació sin problemas después de que su madre se negará a abortar. No presentaré todas las reales consecuencias en materia de eugenismo que inducen los diagnósticos prenatales y ofertas abortivas. Solo confirmaré la triste realidad de los abortos por síndrome de Down en los países donde el aborto ha sido legalizado, según Nau⁸ en Francia en 2010 se cuentan 2.000 diagnosticados y de ellos 95% resultaron en un aborto. ¿Son las personas con el síndrome de

Down menos dignos de vida que otros? Seifert⁹ presenta apoyándose para sus argumentos en la carta encíclica de Juan Pablo II¹⁰ *Evangelium Vitae* que el embrión merece el respeto y la dignidad como persona desde su concepción.

b) Hasta el ocaso de la vida...

Al médico, Van Oost, que en Bélgica practica eutanasia en cuidados paliativos y que escribió el libro *Médico católico porque practico la eutanasia*¹¹, Richard¹², médico católico en cuidados paliativos en Francia contesta y pone en guardia: “La eutanasia es el sin sentido como respuesta al sin sentido” y justifica su posición. La transgresión es el paso a la normalización perversa de un acto que de por sí no puede ser considerado como bueno.

Que en algunos casos la ausencia de solución o algunas decisiones tendrán por consecuencia involuntaria la muerte no es lo mismo que causar la muerte provocándola voluntariamente. La responsabilidad del profesional es totalmente distinta en ambos casos ya que la intención es distinta y la relación de causa a efecto también. Está claro que dejar un tratamiento considerado como intolerable puede inducir a la muerte. Aumentar algunos analgésicos puede, en algunos casos también, acelerar la muerte, aunque siguiendo las recomendaciones de buen uso se pueda de alguna forma controlar este doble efecto. Respetar la vida del otro y permitir que a su vez pueda ser vivida con dignidad permanece el objetivo principal.

¿Y la voluntad del paciente? El pretexto de respetar la autonomía del paciente si es por ejemplo de morir, para justificar la eutanasia no corresponde. Acceder y responder a su demanda de muerte por la eutanasia omite la dignidad inherente a todo ser humano y la responsabilidad del hombre para proteger esta dignidad. La búsqueda en conjunto de soluciones y el dinamismo mismo de protección de vida da la posibilidad al paciente de sentirse digno o de percibir esta dignidad.

Cuantos profesionales de salud habrán escuchado a un paciente depresivo confiar su lasitud por la vida y cambiar de opinión, un tiempo después, por haber sido tratado con cariño, y aliviado. Las recomendaciones de las actitudes a tener frente a una demanda de muerte de Schaerer¹³ son interesantes. Las motivaciones de los ayudantes, profesionales y voluntarios son muy beneficiosos y frecuentemente evitan el deslice en la depresión o falta de estima y promueven el sentido de dignidad.

3. Responsabilidad y Ética

Quizás sea oportuno revelar que la escucha y respuesta al sufrimiento del otro es específicamente propio al médico según Lévinas. Se puede comprender que la persona atenta al otro, al enfermo, tiene de alguna forma la vocación del médico:

“Pienso que el sufrimiento es el encierre en sí mismo, la condenación de sí mismo. Y sin embargo en el sufrimiento, hay un grito, una queja. El médico es el que escucha estas quejas. Por consiguiente, en este socorro al otro, a esta primera llamada del otro, la primera respuesta es quizás una respuesta de médico”¹⁴.

Para Lévinas la respuesta al llamado del otro es expresión misma de la responsabilidad por y para el otro, lo que quiere decir tanto por sus necesidades corporales como espirituales. El mandamiento “no matarás” es obviamente central para él. La responsabilidad es entrega hacia el otro, cuidado del otro. Esto ayuda al otro que va a sentirse tratado con dignidad por la atención particular que le reserva.

La Ética es el lugar de co-vivencias humanas de responsabilidades recíprocas que permiten a la dignidad manifestarse. Para Ricoeur¹⁵ la Ética es “orientación a la vida buena con y para los otros en instituciones justas”. Luego hay que pensar lo que es la vida buena como se expresa la bondad acoplada a la obligación de consideración de la justicia.

IMPLICACIONES DE LA CLARIFICACIÓN DEL CONCEPTO

1. La Ética según el concepto de dignidad

¿Sería útil agregar la noción de dignidad en la definición de la Ética? En bioética el criterio ético fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona.

2. La Ética y los valores

¿Es posible una Ética sin valores? La Ética es parte de la filosofía moral por definición luego no se puede aludir a ella sin referirse a la moral. El libro de Cortina¹⁶, *Ética sin moral*, apunta al riesgo que corre la Ética hoy en día, en un mundo donde la moral se diluye o desaparece. La educación de los valores es importantes y la necesidad de despertarlos y cultivarlos en sociedad.

3. La Ética protección de la vida, ecología humana

Concretamente en el terreno de promover la dignidad, Taboada¹⁷ comparte en su artículo lo que representa, concretamente para profesionales de la salud, esta lucha en las situaciones cotidianas concretas, por ejemplo, en cuidados paliativos.

Mi experiencia en Guyana¹⁸ reveló la realidad de la vida de niños minusválidos, enfermos con cáncer, insuficiencia motora crónica de origen cerebral, entre otras. En cuidados paliativos las tomas de decisiones son difíciles y el proceso de evaluación transdisciplinario incluyendo al paciente, a los prójimos y a veces a profesionales exteriores a la situación. Es importante, para ayudar a una decisión que responda lo mejor posible a lo que puede ser el acompañamiento en esta situación tomando en cuenta los aspectos éticos, culturales, personales y contextuales. El tiempo, la paciencia y el dinamismo de la solicitud son aliados inconmensurables en

esta voluntad de proteger la persona vulnerable y promover su dignidad.

“Una bioética responsable pide una prolongación ecológica”, dice Domingo Moratella¹⁹, ya que el ser humano está inserto en la creación de la cual depende. La ecología a su vez da elementos para considerar la vida humana y sus diversidades.

La riqueza de la humanidad reside en sus expresiones culturales variadas, en la singularidad misma de cada individuo. Como en todo ecosistema la variedad y el convivir entre seres más fuertes y otros endebles permite una sensibilidad y una solicitud que es conmovedora y desarrolla aptitudes particulares. Es la entrañable gracia de la relaciones de sí-mismo con otro o solicitud con reciprocidad en su in-intercambiabilidad como la presenta Ricoeur²⁰.

CONCLUSIÓN

La dignidad de la vida humana es una realidad tanto en su forma intrínseca por ser inherente a la condición del ser humano como en forma extrínseca por su reconocimiento por sí mismo y por los demás en sus modos de expresiones. El potencial de dignidad del ser humano está presente en cada uno, sin embargo puede ser promovido por el reconocimiento, el cuidado o alterado por el maltrato de otro(s) ser humano. La responsabilidad para promover la dignidad presente en cada ser humano o persona es de cada uno.

El concepto de dignidad tiende a diluirse o usarse con acepciones muy distintas, luego es vital clarificarlo ya que de ello dependerá la actitud de los cercanos y profesionales de la salud hacia el enfermo, como lo demuestra Chochinov²¹.

Los profesionales de la salud que cuidan a personas vulnerables y frágiles por la enfermedad son particularmente llamados a una atención de respeto de la dignidad de la humanidad. El desarrollo de la humanización –como proceso de valoración del respeto debido al hombre y promoción de su dignidad–, de la educación y

de la sensibilización al respecto tiene que encontrar posibilidades de arraigarse en el terreno donde se encuentran situaciones concretas difíciles. Las teorías no siempre son fáciles de aplicar en lo cotidiano, se necesita una motivación, un dinamismo para una reevaluación y adaptación a cada situación singular, esto se facilita cuando la institución lo promueve también ofreciendo medios concretos para que el respeto y la promoción de la dignidad sean protegidos.

La vigilancia es útil y fructífera para sostener esta lucha ya que la historia de la humanidad misma ha mostrado la fragilidad a la que está sometida la dignidad de todo ser humano. La gratitud y la felicidad se encuentran en esta motivación y dinamismo de humanización. Se desprende la alegría de una solidaridad fraterna en el cotidiano de nuestras vidas, que son frágiles.

“When people use health care services, their sense of dignity is affected by many common factors. One of the most important is how they see themselves, which is affected by how they believe they are seen by others. Considering that so much anxiety is connected to illness, it’s easy to understand why people working in health care can have such a strong impact on the dignity of the people they interact with every day. Whether they realize it or not, they are often the ‘mirror’ by which patients and their families judge their own status within the system.

People working in health care have a natural desire to be helpful and supportive. Their challenge is to understand all of the differing factors that may affect an individual’s sense of dignity, and how they can address these factors as they go about their daily work. Dignity in Care provides solutions, based on solid research, to guide them in this task”²².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Debru A. «La dignité a besoin d’avocats» En Repenser ensemble la maladie d’Alzheimer, sous la direction d’Emmanuel Hirsch et Catherine Ollivet, Paris, Vuibert; 2007. p. 243-244.
- 2 Juan Pablo II. Evangeliae Vitae. Carta encíclica sobre el valor y la inviolabilidad de la vida humana.1995. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
- 3 Kant I. Metafísica de las costumbres. Madrid: Tecnos; 1989. p. 335.
- 4 Sermon de l’évêque et Cardinal de Münster, Clemens August comte von Galen, le dimanche 3 août 1941 dans l’église de St Lambert, à Münster. Disponible en: <http://www.abbaye-saint-benoit.ch/saints/vongalen/>
- 5 Ricoeur P, en J.-F. de Raymond, Les Enjeux des droits de l’homme. Paris : Larousse; 1988. «la dignité est quelque chose est dû à l’être humain du fait qu’il est humain». p. 236-237.
- 6 Arendt H. Eichman en Jerusalem, Penguin-RandomHouse. Grupo editorial España. 2013.
- 7 Lévinas E. Autrement qu’Être ou au-delà de l’essence. Paris: Livre de poche. 1995.
- 8 Nau, J.Y. “La fin de l’amniocentèse un débat sur la trisomie?”. Puesto en línea el 20/08/ 2012. Disponible en: <http://www.slate.fr/story/60637/amniocentese-test-trisomie>
- 9 Seifert J. “El aborto “terapéutico” a la luz de la encíclica Evangelium vitae. El embrión como persona desde su concepción”. En García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética; 2011. Disponible en: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/132-aborto-terapeutico>
- 10 La encíclica Evangelium Vitae de Juan Pablo II, Revista Humanitas. Marzo 2011; (24): 112-122. Disponible en <http://www.humanitas.cl/html/destacados/cuaderno24.pdf>
- 11 Van Oost C. Médecin catholique pourquoi je pratique l’euthanasie. Presse de la Renaissance; 2014.
- 12 Richard MS, «L’euthanasie-c’est-le-non-sens-comme-réponse-au-non-sens », 27 octobre 2014. disponible en: <http://ethique-soin.blogs.la-croix.com/leuthanasie-cest-le-non-sens-comme-reponse-au-non-sens/2014/10/27/>
- 13 Schaerer R. «Les soignants face à une demande réitérée de mort», Fin de vie éthique et société, Errès; 2012. p. 502-512.

- ¹⁴ Lévinas E. L'éthique est transcendante. Entretiens avec Emmanuel Hirsch, in E.Hirsch. Médecine et Ethique. Paris: Cerf; 1986. p. 43.
- ¹⁵ Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Le seuil; 1990. «Visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes». p. 210.
- ¹⁶ Cortina A. Ética sin moral. Madrid: Tecnos; 2004.
- ¹⁷ Toboada P. "El derecho de morir con Dignidad". Acta Bioethica año VI, 2000; (1).
- ¹⁸ Furstenberg C. «La procédure collégiale en pratique en soins palliatifs à domicile à Saint Laurent du Maroni». Revue internationale de soins palliatifs. 2014; (29): 9-95.
- ¹⁹ Moratalla D. "lectura bioética del ser humano: autonomía y vulnerabilidad". Thémata Revista de filosofía. 2004; (33): 423-428.
- ²⁰ Ricoeur P. Sí-mismo como otro. Paris: Le Seuil; 1990. p. 226.
- ²¹ Chochinov H M, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. "Dignity in the terminal ill: a developing empirical model". SocSciMed. 2/2003; 54(3): 433-43.
- ²² Dr. Harvey, Max Chochinov and the Manitoba Palliative Care Research Unit, in collaboration with progressive researchers from Australia, England and the United States. "Dignity in care", "What is dignity". Disponible en : <http://dignityincare.ca/en/Cat-1/dignity-explained.html>

REVISTA HORIZONTE DE ENFERMERÍA

INSTRUCCIÓN A LOS AUTORES

POLÍTICA EDITORIAL

La revista *Horizonte de Enfermería* es una publicación periódica de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuyo propósito es contribuir al conocimiento nacional e internacional en el ámbito de la salud y de Enfermería.

La revista *Horizonte de Enfermería* publica artículos inéditos en idioma inglés y español en las secciones de Investigaciones Originales y Otras Contribuciones en la que se incluyen: revisión de literatura, casos clínicos, proyectos o programas de intervención y reflexiones. Las opiniones emitidas en los trabajos, así como la exactitud, adecuaciones y procedencia de las citas bibliográficas, fotos, tablas, gráficos, citas textuales, son de exclusiva responsabilidad de los autores. En el caso de incluir material de otras fuentes, debe señalar la autorización del autor.

El autor al momento de enviar su artículo debe señalar la sección en la cual solicita que se publique su artículo.

Proceso de revisión

El editor recibe el trabajo enviado para publicación y confirma la recepción al autor principal en los próximos siete días de recibido el artículo. Luego de la revisión preliminar del editor, en la que verifica que se cumpla la lista de chequeo de los requisitos de publicación (anexo N° 2), el trabajo es enviado a tres revisores del Comité de árbitros, asegurando el anonimato de los autores en el proceso de evaluación y aprobación de los trabajos.

Una vez evaluado por el Comité de pares se determina si el artículo se aprueba sin modificaciones, con modificaciones o se rechaza. El resultado de la calificación del trabajo, junto con las sugerencias, se informan al autor vía correo electrónico.

Se espera que el proceso de análisis y revisión sea realizado en un plazo de seis meses promedio.

Los trabajos deben ser enviados en formato digital, una versión en Word y otra PDF. Se debe adjuntar carta de publicación, declaración de autoría (Anexo N° 1) y lista de chequeo de los requisitos de publicación (anexo N° 2). Estos documentos están disponibles en página Web de la revista (www.revistahorizonte.uc.cl) y en su versión impresa.

Los trabajos deben enviarse a: Editora Revista *Horizonte de Enfermería*. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Código postal 782-0436 Macul. Santiago-Chile, y a su vez vía correo electrónico a: revistahorizonte@uc.cl

Sistema de arbitraje

La aprobación del artículo queda supeeditada al resultado de la revisión efectuada por al menos dos pares. Los resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de un correo electrónico. El orden de publicación queda a criterio de la producción editorial. En caso de existir conflictos de interés con algún par evaluador, se debe enviar, junto al artículo, una nota en un sobre sellado indicando el nombre de las personas que no se desea participen en el proceso arbitral. Esta información será manejada en forma estrictamente confidencial. **Una vez aceptado el trabajo, el autor o los autores deberán estar suscritos a la revista, para su publicación.** Los trabajos seleccionados serán de propiedad de la Revista y publicados, a menos que el autor principal remita por escrito la decisión de retirar el artículo para su publicación.

Aspectos éticos

Privacidad y confidencialidad

La revista *Horizonte de Enfermería* asume que la privacidad y confidencialidad de la información proveniente de investigaciones a publicar se ha cumplido previamente a través del requisito de ser evaluada por

el respectivo Comité de Ética, quedando claramente estipulado el procedimiento utilizado para obtener el consentimiento informado; de este modo existe constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación. Este es un requisito que debe estar indicado en el artículo en forma explícita.

Asimismo, el editor, el comité editorial y pares evaluadores mantienen estricta privacidad respecto de la información sobre manuscritos recepción, contenido, estado en el proceso de revisión, crítica por los revisores o destino final.

Por lo tanto, los Miembros del personal editorial y revisores de la revista *Horizonte de Enfermería* se comprometen respetar los derechos de autor.

Conflictos de interés

Existe conflicto de intereses cuando un autor (o institución del autor), revisor, o editor tiene relaciones personales o financieras que influyen inapropiadamente sus acciones (esas relaciones son también conocidas como dos compromisos, donde compiten intereses o lealtades). No todas las relaciones representan cierto conflicto de interés. Por otro lado, el potencial de conflicto de intereses puede existir independientemente de si un individuo cree que la relación afecta su juicio científico.

La revista *Horizonte de Enfermería*, solicita a los autores la declaración explícita de la existencia de posibles conflictos de interés. Los autores deben hacerlo en el manuscrito en una página de notificación de conflicto de interés adicional que siga a la página de título.

Los editores se reservan el derecho de publicar la información divulgada por los autores acerca de posibles conflictos.

Para mayor información consulte en la página web: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Ethical Considerations in the Conduct and Reporting of Research: http://www.icmje.org/ethical_5privacy.html

NORMAS DE PUBLICACIÓN

El artículo debe cumplir los siguientes requisitos: Extensión no mayor de veinte páginas; escrito en papel tamaño carta, por una cara; a doble espacio con margen de tres cm en los cuatro bordes; letra Times New Roman #12; con numeración en la parte inferior derecha, comenzando por la página del título. Las figuras, tablas, gráficos, incluidos en el artículo, deben ser enviados en las páginas finales del trabajo, cada una en hoja aparte, previa indicación en el texto. Los trabajos deben estar escritos en idioma inglés o español.

Organización general del artículo:

1. Título y autores: La primera página debe incluir el título del trabajo en español y en inglés, el cual debe señalar lo central de la publicación. El autor debe incluir la información necesaria para permitir una recuperación electrónica del artículo sensible y específica; Los nombres y apellidos de los autores, título profesional, grados académicos, lugar de trabajo deben incorporarse en esta primera página. Se debe señalar cuál será el autor con el que se establecerá correspondencia, con la dirección postal, correo electrónico y teléfono de contacto. El autor del trabajo corresponde a aquel que participa en la creación y en la ejecución del mismo. Aquellos que no cumplen con el criterio de la autoría pueden señalarse en agradecimientos, si corresponde. A pie de página se debe incluir la fuente de financiamiento; y si hay presencia de conflicto de interés. Todos los autores deben completar el ítem de participación señalado en la Declaración de Autoría.

2. Resumen y Abstract: La segunda página debe incluir el resumen en español, de hasta 250 palabras, con cuatro palabras clave, de acuerdo a lista de descriptores en ciencia de la salud [DECS] de BIREME (<http://www.bireme.br>). El abstract en inglés, corresponde a la traducción del resumen con las palabras clave correspondientes. La editora podrá modificar el resumen y el abstract, previa autorización

de los autores. El resumen debe reflejar con precisión el contenido del artículo. Este debe proporcionar el contexto o antecedentes para el estudio y debe indicar el propósito, los procedimientos básicos (selección de los sujetos de estudio, métodos de observación y analíticos), principales hallazgos (dar tamaños específicos, efecto y su significación estadística, si es posible), y las conclusiones principales. Se debe hacer hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio u observaciones. Artículos sobre ensayos clínicos deben incluir en el resumen los temas que el grupo CONSORT ha identificado como esenciales (<http://www.consort-statement.org/?=1190>).³ **Organización del artículo:** La organización del artículo deberá realizarse según el tipo de manuscrito enviado. A continuación se explicita el orden según tipo de publicación:

Sección Investigaciones Originales

Se incluyen aquellos estudios que utilicen metodología de tipo cuantitativa y/o cualitativa.

a. **Título y autores**

b. **Resumen y Abstract**

c. **Introducción:** Debe proporcionar el contexto o antecedentes para el estudio (naturaleza del problema y su importancia) en base a una breve revisión de la literatura, el propósito u objetivo de investigación, o la hipótesis probada por el estudio. Tanto el objetivo principal como secundarios deben ser claros y cualquier análisis de subgrupos preespecificados debe ser descrito. Proporcionar referencias solo directamente pertinentes y no incluir datos o conclusiones del trabajo que se está informando. Las citas en texto deben ser señaladas según Estilo Vancouver última edición, consultar sitio web: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

d. **Metodología:** Se debe describir la metodología utilizada en la investigación, señalando: tipo de estudio, universo y muestra/sujetos en estudio, tipo de instrumentos utilizados (confiabilidad y

validez) y procedimientos de recolección de información, sistema de análisis de información, métodos estadísticos y consideraciones éticas. Si se emplean instrumentos o métodos de recolección de información conocidos, se debe señalar solo la fuente de referencia, de lo contrario agregar una breve descripción de estos. Describir la selección de los participantes de observación o experimentales (incluidos los testigos), incluyendo criterios de elegibilidad y exclusión y una descripción de la población de origen. Los autores deben explicar el uso de las variables edad y sexo cuando se incluyen en el informe del estudio. Cuando se usan variables como raza u origen étnico, deben definir cómo medir estas variables y justificar su pertinencia.

Información técnica: Se deben identificar los métodos, aparatos (indicar el nombre del fabricante y su dirección entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para permitir a otros reproducir los resultados. Mencionar las referencias de los métodos establecidos, incluyendo métodos estadísticos; proporcionar referencias y descripciones breves de métodos que han sido publicados, pero no son bien conocidos, describir métodos nuevos o sustancialmente modificados, indicando los motivos de su uso y evaluar sus limitaciones. Identificar con precisión todas las drogas y productos químicos utilizados, incluyendo el nombre genérico(s), dosis y vía(s) de administración.

Análisis Estadístico: Debe describir los métodos estadísticos con detalle suficiente para permitir verificar los resultados presentados. Cuando sea posible, cuantificar los resultados y presentarlos con indicadores apropiados de error de medición o incertidumbre. No depender exclusivamente de las pruebas de hipótesis estadísticas, tales como los valores p, que no transmiten información importante sobre el tamaño del efecto.

- Definir los términos, abreviaturas y símbolos. Especificar el software utilizado.
- e. Presentación de Resultados: Debe tener un orden lógico de acuerdo a los objetivos del trabajo. Los datos pueden presentarse en tablas o gráficos. Evitar repetir información. Se deben presentar solo resultados, no incluir comentarios o discusión de ellos. La información en tablas, figuras y gráficos debe ser entregada en hojas separadas, al final del texto; cada una de ellas debe tener un título que explicita claramente la información que aporta y numerarse según el orden de aparición en el texto. Cuando los datos se resumen en la sección de resultados, dar resultados numéricos no solo como derivados (por ejemplo, porcentajes), sino también como el número absoluto de la cual se calcularon los derivados y especificar los métodos estadísticos utilizados para analizarlos. Limitar los cuadros y las figuras a las necesarias para explicar el argumento del artículo y para evaluar todos los datos pertinentes. No duplicar los datos en gráficos y tablas.
- Tablas: Enviar cada tabla a doble espacio en una hoja por separado. Adjuntar archivo en formato Excel de las tablas y gráficos. Numerar las tablas en forma consecutiva en el orden de su primera citación en el texto y asignar un título breve a cada una. No usar líneas horizontales o verticales al interior; dar a cada columna un encabezamiento corto o abreviado y las notas explicativas deben ponerse al pie. Explicar todas las abreviaturas no estándar en notas al pie y asegurarse de que cada cuadro sea citado en el texto. Si se utilizan datos de otra fuente publicada o inédita, obtener el permiso y reconocer la fuente.
- f. Discusión y Conclusión: Consiste en la discusión de los resultados obtenidos en el trabajo en relación a los resultados de otras publicaciones en el tema. Se debe explicitar las semejanzas y diferencias de sus resultados con las de otras investigaciones. Relacionar los resultados con

el propósito del estudio. Evitar hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones no suficientemente acreditadas por los datos. No repetir los datos presentados en la sección resultados. Señalar las conclusiones derivadas de la discusión. Proponer recomendaciones cuando sea pertinente y nuevas hipótesis cuando esté justificado.

- g. Agradecimientos: Expresar los agradecimientos a aquellas personas o instituciones que contribuyeron a su investigación.

Sección Otras Contribuciones

Revisión de Literatura: Tiene como objetivo entregar conceptos actuales sobre un tema, respaldados por referencias bibliográficas acordes en calidad y cantidad.

- a. Título y autores
- b. Resumen y Abstract
- c. Introducción: Se presenta una breve descripción del tema a revisar, la importancia de este, los objetivos de la revisión bibliográfica, el propósito y la organización de ella en el texto.
Cuerpo en el Texto: Debe desarrollar la revisión del tema propiamente tal y señalar los títulos correspondientes según la organización planteada en la introducción. Considerar una revisión de literatura actualizada en cada uno de los tópicos tratados, evitando hacer entrega extensa de información ya publicada, lo cual se soluciona citando la fuente original. Se solicita citar fuentes primarias de información, solo en casos excepcionales recurrir a fuentes secundarias. Explicitar cuando corresponda, la discrepancia entre las fuentes consultadas. Las citas en texto deben ser señaladas según Estilo Vancouver última edición, consultar sitio web: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.
- d. Conclusión: Señalar brevemente los aspectos a destacar de la revisión realizada y generar recomendaciones cuando corresponda.

e. Agradecimientos: Expresar los agradecimientos a aquellas personas o instituciones que contribuyeron a su revisión.

Caso Clínico: Considera presentación de temas clínicos con problemas de interés que ameriten ser publicados dada su prevalencia, evolución del caso en particular o la intervención realizada.

a. Título y autores

b. Resumen y Abstract

c. Introducción: Debe presentar una breve descripción del tema a tratar en el caso clínico, la importancia de este y la organización de la presentación. Las citas en texto deben ser señaladas según Estilo Vancouver última edición, consultar sitio web: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

d. Caso Clínico: Describir la situación clínica ordenadamente, evitando entregar información poco relevante. No realizar comentarios.

e. Discusión: Establecer un análisis de los aspectos más relevantes del caso clínico con respecto de la literatura. Destacar solo aquellos aspectos que ameriten ser analizados. Establecer recomendaciones cuando sea pertinente.

Proyectos o Programas de Intervención:

Debe considerar la presentación de proyectos o programas realizados o por ejecutar.

a. Título y autores

b. Resumen y Abstract

c. Introducción: Presentar una breve descripción del fundamento de la realización del programa o proyecto de intervención, basado en la literatura, que avala la realización del proyecto, el propósito y los objetivos.

d. Cuerpo del proyecto o programa: Presentar el público objetivo, las etapas del proyecto, los métodos a utilizar, sistema de evaluación. Los aspectos señalados deben estar respaldados por la bibliografía.

e. Conclusiones: Debe señalar el aporte de la intervención propuesta, aspectos destacables, recomendaciones.

f. Agradecimientos: Expresar los agradecimientos a aquellas personas o instituciones que contribuyeron en su programa.

Reflexiones: Corresponde al análisis del tema desde la perspectiva profesional.

a. Título y autores

b. Resumen y Abstract

c. Introducción: Debe presentar una breve descripción del tema a reflexionar, señalando los aspectos más importantes a tratar y el objetivo y propósito de la reflexión presentada.

d. Cuerpo de la reflexión: Debe presentar el desarrollo del tema, planteando los diversos puntos de vista, tanto de desacuerdo como a favor de la postura propuesta. Se sugiere respaldar dicha reflexión con bibliografía pertinente.

e. Conclusiones: Señalar los aspectos más importantes de la reflexión tratada y el aporte del artículo al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Citas en texto

Las citas son un reconocimiento en el texto de las referencias que apoyan su trabajo. Todos los trabajos enviados deben contar con referencias señaladas según el estilo Vancouver última edición.

En el estilo Vancouver se señala con un número que se correlaciona con una fuente en la lista de referencias que va al final del artículo. Se identifican mediante números arábigos paréntesis o números arábigos en superíndice. Esto se aplica a referencias en el texto, tablas y figuras.

Debe utilizarse un número incluso si el autor es nombrado en el texto, por ejemplo; Pérez (10) ha argumentado que...

El número original asignado a la referencia se reutiliza cada vez que la referencia es citada en el texto, independientemente de su posición anterior. Cuando se citan varias referencias en un lugar determinado en el texto, utilice un guión para unir los números de las primeras citas con las últimas que sean inclusivas. Utili-

ce comas (sin espacios) para separar los números no incluidos en una cita múltiple; por ejemplo (2, 3, 4, 5, 7,10) se abrevia (2-5, 7,10). Como regla general, los números de referencia deben colocarse fuera de puntos y comas y dentro de dos puntos y puntos y coma.

Debe abstenerse de utilizar resúmenes como referencias. Las referencias a artículos aceptados pero aún no publicados deben ser designadas como “en prensa”, los autores deben obtener permiso escrito para citar tales artículos, así como la comprobación de que han sido aceptados para su publicación. La información de manuscritos presentados pero no aceptados, debe citarse en el texto como “manuscrito no publicado”, con permiso escrito de la fuente.

Referencias bibliográficas

Contiene detalles solo de los artículos u obras citadas en el texto del documento. (Libro, artículo en una revista, panfleto, sitio de internet, cinta o película). Estos datos deben incluir suficiente detalle para que

otros puedan localizar y consultar las referencias. Debe aparecer al final del artículo enumerada numéricamente y en el mismo orden en que han sido citados en el texto. Las fuentes citadas de internet también deben estar en la lista de referencia.

Unidades de medida

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se expresarán en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos decimales. La temperatura debe estar en grados Celsius. La presión sanguínea debe ser en milímetros de mercurio. Consultar sitio web: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

Abreviaturas y símbolos

Utilice solo abreviaturas estándar. La abreviatura que representa organizaciones, programas, entre otros, se debe escribir entre paréntesis cuadrado, en la primera mención y continuar su utilización en el texto. Evite abreviaturas en el título del manuscrito. Consultar sitio web: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

HORIZONTE DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

EDITORIAL POLÍCY

Horizonte de Enfermería Journal is a periodical publication of the School of Nursing at the Pontificia Universidad Católica de Chile, whose purpose is to disseminate national knowledge within the scope of health and nursing.

Horizonte de Enfermería Journal publishes original articles in English and Spanish, in the sections of original research, and of other contributions which include: literature review, case studies, projects or programs of action, and reflection. The opinions expressed in the article, as well as all material related to the truthfulness, adjustments, and origin of the bibliographic citations, photos, tables, graphics, quotes, are exclusive responsibility of the authors. In the case of including material from other sources, authors' consent must be included. The author, at the time of submitting the article, should point out the section in which he/she requests it to be published.

Review process

The editor receives the paper submitted for publication and confirms receipt to principal author in the next seven days. After the preliminary review of the editor, which verifies compliance with the checklist of disclosure requirements (Annex N°2), the article is sent to three reviewers of the Referees Committee, ensuring the anonymity of the authors in the evaluation and approval of work.

Once assessed by the Referee Committee, it is determined if the article is approved without amendments, with modifications, or rejected. The result of the classification of the article, along with suggestions, is informed to the author via email.

It is expected that the review and revision process will be conducted in a period of six months average.

Papers should be sent in digital format, a Word version and a PDF, and in printed format. Please attach letter of publication, authorship statement (Annex N° 1) and checklist of disclosure requirements (Annex N° 2). These documents are available on the journal website (www.revistahorizonte.uc.cl)

Articles must be sent to: Editora Revista *Horizonte de Enfermería*. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Código postal 782-0436 Macul. Santiago-Chile, and by e-mail to: revista-horizonte@uc.cl.

Refereeing system

The approval of the article is subject to the results of the review carried out by at least two pairs. The results will be reported promptly to the main author through e-mail. The publication order is up to the editorial production. In case of existing conflict of interest with an evaluator pair, a note in a sealed envelope indicating the name of the person you do not want to participate in the arbitral proceedings must be sent, together with the article. This information will be kept strictly confidential. **Once the paper is accepted, the author or authors must be a subscriber to the journal for its publication.** Selected works will become property of the Journal and published, unless the author sends by a written request the decision to withdraw the article for publication.

Ethical aspects

Privacy and confidentiality

Horizonte de Enfermería Journal assumes that privacy and confidentiality of information from research to publish, previously has fulfilled a requirement to be evaluated by the respective Ethics Committee, being clearly stated the procedure for obtaining informed consent, this way

there is evidence that ensured anonymity and confidentiality of those involved in the investigation. This is a requirement that must be indicated explicitly in the article.

Also, the editor, the editorial board and peer reviewers maintain strict privacy regarding the information on manuscripts received, content, status in the review process, critic by reviewers or final destination. Therefore, members of the editorial staff and reviewers of the *Horizonte de Enfermería* Journal are committed to respect the copyright.

Conflicts of interest

Conflicts of interest exists when an author (or institution of the author), reviewer, or publisher has personal or financial relations that influence unsuitably their actions (those relations also are known as two commitments, where interests or loyalties compete). All the relations do not represent certain conflict of interest. On the other hand, the potential of conflicts of interest can exist independently if an individual thinks that the relation affects its scientific judgment. The Journal *Horizonte de Enfermería* requests the authors the explicit statement of the existence of potential conflicts of interest. Authors should do so in the manuscript in a notification page of conflicts of interest following the title page.

Editors reserve the right to publish information disclosed by authors about potential conflicts.

For more information visit the website: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Ethical Considerations in the Conduct and Reporting of Research: http://www.icmje.org/ethical_5privacy.html

PUBLICATION RULES

The article must meet the following requirements: Extension not to exceed twenty pages, written on letter size paper, on one side, double spaced with a margin of three cm. on all four sides, Times New Roman # 12, numbered in the bottom right, starting with the title page. Figures, tables,

graphs, included in the article, should be sent in the final pages of the work, each on a separate sheet, as instructed in the text. Papers must be written in Spanish or English.

General organization of the article:

1. Title and authors: The first page should include the title in Spanish and in English, which must indicate the centrality of the publication. The author should include information necessary to allow sensitive and specific electronic retrieval of the article; the names of the authors, professional title, academic degrees, work place, should be incorporated into the first page. It should be noted which will be the author with whom correspondence will be established, with postal address, email and phone number. The author of the work corresponds to that involved in its creation and implementation. Those who do not meet the criteria for authorship can be pointed in the acknowledgments, if applicable. In footnote the source of funding should be included, and if there is presence of conflicts of interest. All authors must complete the item of participation stated in the Declaration of Authorship.

2. Summary and Abstract: The second page must include the summary in Spanish, 250 words, with four key words, according to list of descriptors in Health Science [DECS] BIREME (<http://www.bireme.br>). The abstract in English, corresponds to the translation of the summary and the keywords. The editor may modify the summary and the abstract, with the authors' permission. The abstract should accurately reflect the contents of the article. It should provide the context or background for the study, and should state the purpose, basic procedures (selection of study subjects, observational and analytical methods), main findings (give specific sizes, effect and its statistical significance, if possible), and the main conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations. It should emphasize new and important aspects of the study

or observations. Articles on clinical trials should include in the summary the issues that the CONSORT group has identified as essential (<http://www.consort-statement.org/?=1190>).

3. Organization of the article: The organization of the article should be according to the type of manuscript submitted. Next, the order is made explicit by type of publication:

Original Research Section

This includes studies that use quantitative and / or qualitative methodology.

- a. Title and authors
- b. Summary and Abstract
- c. Introduction: should provide context or background for the study (nature of the problem and its importance) based on a brief review of the literature, the purpose or objective, or hypothesis tested by the study or observation. Both the primary and secondary objectives must be clear and any analysis of pre-specified subgroups should be described. Provide references only directly relevant and do not include data or conclusions from the work being reported. Citations in text must be indicated according to latest edition of Vancouver Style, see website: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.
- d. Methodology: It should describe the methodology used in the investigation, stating: type of study, universe and sample / subject under study, type of instruments used (reliability and validity) and data collection procedures, data analysis system, statistical methods and ethical considerations. When using known instruments or methods of data collection, only the reference source should be pointed, otherwise a brief description of these must be added. Clearly describe the selection of observational or experimental participants (including controls), including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Authors should explain the use of age and sex variables when included in the study

report. When using variables such as race or ethnicity, they must define how to measure these variables and justify their relevance.

Technical information: It should identify the methods, apparatus (give the name and address of manufacturer in brackets) and procedures in sufficient detail to allow others to reproduce the results. Mention references to established methods, including statistical methods, provide references and brief descriptions of methods that have been published, but are not well known, describe new or substantially modified methods, giving reasons for their use and evaluate their limitations. Identify precisely all drugs and chemicals used, including generic name(s), dose(s) and route(s) of administration.

Statistical Analysis: Describe statistical methods with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. When possible, quantify findings and present them with appropriate indicators of measurement error or uncertainty. Avoid relying solely on statistical hypothesis testing, such as P values, which fail to convey important information about effect size. Define statistical terms, abbreviations, and most symbols. Specify the computer software used.

- e. Results: Present your results in logical sequence in the text. Findings may be presented in tables or graphs. Avoid repeating information. Only results should be presented, without including comments or discussion of them. The information in tables, figures and graphs should be submitted on separate sheets at the end of the text, each must have a title that clearly articulates the information provided and numbered in order of appearance in the text. When data are summarized in the results section, give numeric results not only as derivatives (for example, percentages) but also as the absolute number of which deriva-

tives were calculated and specify the statistical methods used for analysis. Restrict tables and figures necessary to explain the argument of the paper and to assess all relevant data. Do not duplicate data in graphs and tables.

Tables: Type each table with double-spacing on a separate sheet of paper. Attach file in Excel format. Number tables consecutively in the order of their first citation in the text and supply a brief title for each. Do not use internal horizontal or vertical lines. Give each column a short or an abbreviated heading, and place explanatory matter in footnotes, not in the heading. Explain all nonstandard abbreviations in footnotes, and make sure that each table is cited in the text. When using data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge the source.

- f. Discussion and Conclusion: It consists in the discussion of the results in relation to other publications on the subject. It should specify the similarities and differences in their results obtained, with those of other investigations. Relate the results to the purpose of the study. Avoid unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data. Do not repeat data presented in the results section. Point out the conclusions of the discussion. Propose recommendations when appropriate, and new hypotheses when warranted.
- g. Acknowledgements: Express acknowledgement to those people or institutions who contributed to the research.

Other Contributions Section

Literature Review: Aims to deliver current concepts on a topic, supported by references consistent in quality and quantity.

- a. Title and authors
- b. Summary and Abstract
- c. Introduction: A brief description of the subject to review is presented, its importance, the objectives of the literature

review, the purpose and organization of it in the text.

- d. Body Text: It must develop the review of the subject as such, and identify the corresponding titles according to the organization posed in the introduction. Consider a review of current literature on each of the topics covered, avoiding delivering extensive information already published, which is solved by citing the original source. It is requested to cite primary sources of information, only in exceptional cases to use secondary sources. Clarify where appropriate, the discrepancy between the sources. Citations in text must be marked according to latest edition of Vancouver Style, see website: <http://www.nlm.nih.gov/citing-medicined>.

Conclusion: Briefly point out aspects to highlight of the review carried out, and generate recommendations as appropriate.

- e. Acknowledgements: Express acknowledgement to those people or institutions who contributed to the review.

Clinical case: Considers presentation of clinical topics of interest with problems that deserve to be published because of its prevalence, evolution of the particular case or the intervention.

- a. Title and authors
- b. Summary and Abstract
- c. Introduction: Submit a brief description of the subject matter in the clinical case, the importance of this, and the organization of the presentation. Citations in text must be indicated according to latest edition of Vancouver Style, see website: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.
- d. Clinical case: Describe the clinical situation in order, to avoid giving irrelevant information. Do not comment.
- e. Discussion: Establish an analysis of the most important aspects of the clinical case with respect to the literature. Highlight only those aspects that deserve to be analyzed. Establish recommendations where appropriate.

Intervention projects or programs: Consider the presentation of projects or programs undertaken or to be performed.

- a. Title and authors
- b. Summary and Abstract
- c. Introduction: Provide a brief description of the basis for the implementation of the intervention program or project, based on the literature that supports the project, the purpose and objectives.
- d. Body of the project or program: Present the target audience, the stages of the project, the methods used, and the evaluation system. The aspects mentioned should be supported by the literature.
- e. Conclusions: It should point out the contribution of the proposed intervention, highlights and recommendations.
- f. Acknowledgements: Express acknowledgement to those people or institutions who contributed to the review.

Reflections: Corresponds to the discussion from the professional perspective.

- a. Title and authors
- b. Summary and Abstract
- c. Introduction: It must present a brief description of the topic to reflect, stating the most important aspects to be addressed, and the aim and purpose of the reflection presented.
- d. Body of reflection: It should present the development of the subject, posing the various points of view, both of disagreement as for the proposed position. It is suggested that reflection is supported in relevant literature.
- e. Conclusions: Point out the most important aspects of the reflection and the contribution of the article to it.

REFERENCES

Citations in text

Citation is an acknowledgement in your text of references that support your work. All submissions must have references points according to the Vancouver style latest edition.

In the Vancouver style it is in the form of a number that correlates with a source in your reference list that goes at the end of the article. They are identified by Arabic numbers in round brackets or Arabic numbers in superscript. This applies to references in text, tables and figures.

A number must be used even if the author(s) is named in the sentence/text. e.g. Pérez (10) has argued that...

The original number assigned to the reference is reused each time the reference is cited in the text, regardless of its previous position in it.

When multiple references are cited at a given place in the text, use a hyphen to join the first and last numbers that are inclusive. Use commas (without spaces) to separate non-inclusive numbers in a multiple citation e.g. (2, 3, 4, 5, 7, 10) is abbreviated to (2-5, 7, 10). As a general rule, reference numbers should be placed outside full stops and commas and inside colons and semicolons.

Avoid using abstracts as references. References to papers accepted but not yet published should be designated as "in press" or "forthcoming"; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication. Information from manuscripts submitted but not accepted should be cited in the text as "unpublished observations" with written permission from the source.

Reference list

It contains details only of the articles or works cited in the text of the document (Book, journal article, pamphlet, website, film or tape). This data must include sufficient detail for others to locate and review your references. It should appear at end of article listed numerically, in the same order they are cited in the text. Internet sources cited must also be in the reference list.

Units of Measurement

Measurements of length, height, weight, and volume should be reported in metric units (meter, kilogram, or liter)

or their decimal multiples. Temperatures should be in degrees Celsius. Blood pressures should be in millimeters of mercury. See website: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

Abbreviations and Symbols

Use only standard abbreviations. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention. Avoid abbreviations in the title of the manuscript. See website: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

REVISTA HORIZONTE DE ENFERMERÍA
DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Por intermedio de esta declaración, se señala que el artículo titulado: _____

es un trabajo original, que no ha sido ni será enviado a otra revista u otro medio para ser publicado. Los autores señalan haber contribuido directamente al contenido del manuscrito y por tanto se hacen públicamente responsables de la información contenida en él. Se explicita que no existe conflicto de interés en este artículo, y si lo hay, será explicado en la primera página del artículo, al momento de señalar la fuente de financiamiento.

Esta declaración es firmada por todos los autores del artículo, señalando la letra correspondiente al tipo de participación que tuvo cada uno de ellos.

Participación:

- a. Concepción de la idea
- b. Diseño del trabajo
- c. Recolección de datos
- d. Análisis de datos
- e. Redacción del artículo
- f. Revisión crítica del artículo
- g. Asesoría estadística
- h. Otras (definir qué tipo de contribución) _____

Nombre y firma del autor

Participación

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

REVISTA HORIZONTE DE ENFERMERÍA
LISTA DE CHEQUEO
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

- () Se señala la sección de la revista en la cual debe ser publicado el artículo (Investigación, revisión de literatura, etc.).
- () El artículo es enviado en formato digital, una versión en Word y otra PDF.
- () Se adjunta carta de solicitud de publicación, declaración de autoría y lista de chequeo.
- () La extensión no es mayor a 20 páginas.
- () El artículo se encuentra escrito en papel tamaño carta, por una cara, a doble espacio, con margen de 3 cm en los cuatro bordes y letra Times New Roman # 12.
- () Se incluye el título en español y en inglés.
- () Se señalan los nombres y apellidos de los autores, título profesional, grados académicos, lugar de trabajo.
- () Se señala el autor con el cual se establecerá correspondencia, con la dirección postal, e-mail y teléfono de contacto.
- () Se incluye al pie de página la fuente de financiamiento y/o agradecimientos cuando corresponde.
- () El resumen contiene un máximo de 250 palabras, en espacio simple con 4 palabras clave, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME.
- () El abstract corresponde a la traducción del resumen, con las palabras clave correspondientes.
- () El artículo fue organizado de acuerdo a las Normas de la Revista.
- () Las figuras, tablas, gráficos, incluidos en el artículo, deben ser enviadas en las páginas finales y separadas del artículo.
- () Las citas en texto se encuentran de acuerdo al estilo Vancouver.
- () Las referencias bibliográficas se encuentran de acuerdo al estilo Vancouver última edición.
- () Las referencias bibliográficas consideran solo aquellas fuentes citadas en el texto.

REVISTA HORIZONTE DE ENFERMERÍA SUSCRIPCIÓN

Costo de Suscripción

	ESTUDIANTE (PRE Y POSTGRADO)	PROFESIONAL	INSTITUCIÓN
Nacional	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000
América Latina y el Caribe	US\$ 12.00	US\$ 22.00	US\$ 30.00
Otros países	US\$ 20.00	US\$ 40.00	US\$ 65.00

La suscripción a estudiantes y profesionales considera dos números anuales.

La suscripción a instituciones considera dos números anuales y dos ejemplares de cada número.

Forma de Pago

1. Realizar depósito en la cuenta corriente correspondiente.

Nacional:

Dentro del país el depósito debe realizarse a nombre de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las alternativas de cuentas bancarias son:

- Banco Santander. Cuenta N° 08-0104190-8.
- Banco Corp-Banca. Cuenta N° 1402656-8.

Internacional:

Desde fuera de Chile, deposite en cualquier sucursal del BANCO CITIBANK de su país, según lo siguiente:

Bank : Citibank
 Beneficiary : Pontificia Universidad Católica de Chile
 Address : 111 Wall street, New York - N.Y.
 Account : 36996989
 ABA : 021000089
 Swift Code : CITIUS33

2. Enviar el comprobante de depósito junto con el boletín de suscripción al siguiente medio:

*Al correo electrónico elopet@uc.cl como archivo adjunto.

REVISTA HORIZONTE DE ENFERMERÍA BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN	
Nombres:	
Apellidos:	
Domicilio:	
Código Postal:	Teléfono:
Fax:	Correo Electrónico:
Profesión:	
Año de suscripción:	

