

30 AÑOS
Universidad
del Desarrollo

REVISTA CONFLUENCIA

NÚMERO LANZAMIENTO



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

NÚMERO 1 - VOLUMEN 1- 2019

REVISTA CONFLUENCIA

UDD
Universidad del Desarrollo
Centro de Innovación Docente

Recurso realizado en el marco de los Proyectos de Innovación y Fortalecimiento de la Docencia,
del Centro de Innovación Docente, Universidad del Desarrollo

VOLUMEN 1 - NÚMERO 1 - AÑO 2019



REVISTA CONFLUENCIA

Publicación semestral de Facultad de Medicina, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Fundada en 2019 por Daniela Fuentes O., Claudia Pérez A., Marcelo Lizana O. y Anita Jasmén S.

Disponible en Biblioteca Facultad de Medicina UDD: <https://biblioteca.udd.cl/>

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Ricardo Ronco M.
ricardoronco@udd.cl

VICEDECANA CARRERAS DE LA SALUD

Dra. Liliana Jadue H.
ljadue@udd.cl

DIRECTORES CARRERAS DE LA SALUD

Enfermería: Claudia Pérez A. claudiaperez@udd.cl
Fonoaudiología: María Angélica López O. alopez@udd.cl
Kinesiología: Jorge Molina B. jmolinab@udd.cl
Medicina: Marcela Castillo F. marcelacastillo@udd.cl
Nutrición y Dietética: Rinat Ratner G. rratner@udd.cl
Obstetricia: Mimy Mayol M. mmayol@udd.cl
Odontología: Danilo Ocaranza T. docaranza@udd.cl
Tecnología Médica: María Adriana Parra B. maparra@udd.cl
Terapia Ocupacional: Vivian Villarroel E. vivianvillarroel@udd.cl

EDITORIA

Daniela Fuentes O.
EM, Magíster en Trabajo Social y Familia
Profesora Asistente Regular
Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
Universidad del Desarrollo
dfuentes@udd.cl

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Marcelo Lizana O.
EU, Magister en Filosofía Aplicada
Docente Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
Universidad del Desarrollo
marcelolizana@udd.cl

DIRECCIÓN

Universidad del Desarrollo, Sede Santiago
Avenida La Plaza 680, Las Condes, Santiago.
Código Postal: 7610315
Fono: (56 2) 2327 9287



revistaconfluencia@udd.cl



[@revistaconfluencia](https://www.instagram.com/revistaconfluencia)



<https://sites.google.com/udd.cl/revistaconfluencia>



COMITÉ EDITORIAL. VOLUMEN 1 – NÚMERO 1 – AÑO 2019.

Claudia Alcayaga R. Mg EM

Profesora Asistente Adjunta
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
caalcaya@uc.cl

Viviana Aliaga B. Mg© Enf

Docente Escuela de Enfermería
Universidad Finis Terrae
valiaga@uft.cl

Carol Armstrong G. Periodista

Directora de Comunicaciones y Extensión
Facultad de Medicina CAS-UDD
carolarmstrong@udd.cl

Ingrid Barker H. MBA Ingeniera Comercial

Coordinadora Plan Común
Facultad Medicina CAS-UDD
ibarker@udd.cl

Ronnie Braidy G. Periodista

Dirección de Comunicaciones y Extensión
Facultad de Medicina CAS-UDD
rbraidy@udd.cl

Claudia Bustamante T. Mg EM

Profesora Asistente
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
cqbustam@uc.cl

Báltica Cabieses V. PhD Mg EM

Directora Programa Estudios Sociales en Salud
ICIM
Universidad del Desarrollo
bcabieses@udd.cl

Cecilia Campos S. Mg Enf

Profesora Titular
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
ccampos@uc.cl

Paulette Conget M. PhD

Profesora Titular
Facultad de Medicina CAS-UDD
pconget@udd.cl

Eduardo De La Vega T. PhD Mg TM

Profesor Asistente Regular
Carrera de Tecnología Médica
Facultad de Medicina CAS-UDD
edelavega@udd.cl

Ximena Díaz-Torrente Mg Nut

Profesora Asistente Adjunta
Carrera de Nutrición y Dietética
Facultad de Medicina CAS-UDD
xvdiaz@udd.cl

Angélica Farías C. Mg Enf

Profesora Asistente Adjunta
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
amfariac@uc.cl

Claudia Gillmore SM. Mg Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
cgillmore@udd.cl

Marcela González A. PhD Mg Enf

Profesora Asistente Adjunta
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
mmgonzal@uc.cl

Valeria Ibaceta A. Mg Enf

Docente Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
valeriaibaceta@udd.cl

Anita Jasmén S. Bibliotecaria

Coordinadora Bibliotecas Biomédicas
Facultad de Medicina CAS-UDD
ajasmen@udd.cl

Marcelo Lizana O. Mg Enf

Docente Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
marcelolizana@udd.cl

Mauricio López G. Mg Mat

Docente Carrera de Obstetricia
Facultad de Medicina CAS-UDD
marlopez@udd.cl

Catalina Merino O. Mg Klga

Docente Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
catalinamerino@udd.cl

Bárbara Muñoz M. Mg Klga

Docente Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
bmmunoz@udd.cl



Alicia Núñez Z. Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
anunezz@udd.cl

Alexandra Obach K. PhD Mg Antropóloga

Investigadora
Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM
Facultad de Medicina CAS-UDD
aobach@udd.cl

Danilo Ocaranza T. Mg Odont

Director Carrera de Odontología
Profesor Asistente Regular
Facultad de Medicina CAS-UDD
docaranza@udd.cl

Carolina Orellana V. Mg Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
c.orellana@udd.cl

Claudio Osses P. Mg Enf

Profesor Asistente Regular
Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
cosses@udd.cl

Ana Palacio A. Mg Nut

Profesora Asistente Regular
Carrera de Nutrición y Dietética
Facultad de Medicina CAS-UDD
anapalacio@udd.cl

Claudia Pérez A. Mg EM

Directora Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
claudiaperez@udd.cl

Daiana Quintiliano S. PhD Mg Nut

Profesora Asociado Adjunta
Carrera de Nutrición y Dietética
Facultad de Medicina CAS-UDD
d.quintiliano@udd.cl

Giselle Riquelme H. Mg Mat

Profesora Asociada Regular
Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
giselleriquelme@udd.cl

Bárbara Sanzana S. Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
bsanzana@udd.cl

Claudio Valeria A. Mg© Psiq MD

Psiquiatra Adultos
Unidad de Adicciones
Corporación Municipal de Melipilla
cvaleriaa@gmail.com



COMITÉ DE PARES REVISORES. VOLUMEN 1 - NUMERO 1 - AÑO 2019.

Viviana Aliaga B. Mg© Enf

Docente Escuela de Enfermería
Universidad Finis Terrae
valiaga@uft.cl

Claudia Bustamante T. Mg EM

Profesora Asistente
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
cqbustam@uc.cl

Cecilia Campos S. Mg Enf

Profesora Titular
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
ccampos@uc.cl

María Eliana Correa M. Enf

Docente Carrera de Enfermería
Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM
Facultad de Medicina CAS-UDD
me.correa@udd.cl

Paulette Conget M. PhD

Profesora Titular
Facultad de Medicina CAS-UDD
pconget@udd.cl

Eduardo De La Vega T. PhD Mg TM

Profesor Asistente Regular
Carrera de Tecnología Médica
Facultad de Medicina CAS-UDD
edelavega@udd.cl

Ximena Díaz-Torrente Mg Nut

Profesora Asistente Adjunta
Carrera de Nutrición y Dietética
Facultad de Medicina CAS-UDD
xvdiaz@udd.cl

Angélica Farías C. Mg Enf

Profesora Asistente Adjunta
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
amfariac@uc.cl

Valeria Ibaceta A. Mg Enf

Docente Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
valeriaibaceta@udd.cl

Marcelo Lizana O. Mg Enf

Docente Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
marcelolizana@udd.cl

Mauricio López G. Mg Mat

Docente Carrera de Obstetricia
Facultad de Medicina CAS-UDD
marlopez@udd.cl

Bárbara Muñoz M. Mg Klga

Docente Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
bmmunoz@udd.cl

Alicia Núñez Z. Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
anunezz@udd.cl

Carolina Orellana V. Mg Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
c.orellana@udd.cl

Claudio Osses P. Mg Enf

Profesor Asistente Regular
Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
cosses@udd.cl

Ana Palacio A. Mg Nut

Profesora Asistente Regular
Carrera de Nutrición y Dietética
Facultad de Medicina CAS-UDD
anapalacio@udd.cl

Daiana Quintiliano S. PhD Mg Nut

Profesora Asociado Adjunta
Carrera de Nutrición y Dietética
Facultad de Medicina CAS-UDD
d.quintiliano@udd.cl

Giselle Riquelme H. Mg Mat

Profesora Asociada Regular
Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina CAS-UDD
giselleriquelme@udd.cl

Bárbara Sanzana S. Flga

Docente Carrera de Fonoaudiología
Facultad de Medicina CAS-UDD
bsanzana@udd.cl

Edson Zafra S. PhD Mg MD

Docente de la Especialización en Medicina del Deporte
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Santiago de Chile
edsonzaf@gmail.com



SUMARIO. VOLUMEN 1 - NÚMERO 1 - AÑO 2019.

Contenido	Página
Editorial	
La importancia de la investigación en salud. <i>Claudia Pérez.</i>	7
Investigación	
Violencia de género, la realidad en un centro de salud familiar de La Pintana. <i>Elisa García, Martina Mella.</i>	8
Contenido proteico reportado en el etiquetado nutricional v/s cantidad de proteína calculada en productos cárnicos procesados chilenos. <i>Tomás Fuentes.</i>	15
Niveles de orientación empática en estudiantes de medicina Universidad del Desarrollo, Sede Santiago, Chile. <i>Cristóbal Abarca, Ignacio Eltit, Juan Pablo Casas-Cordero, Álvaro Tolosa, Sebastián Bianchi, Ricardo Koch, Víctor Navia.</i>	20
Liderazgo de estrategias para potenciar el desarrollo científico en el pregrado: experiencia Semana i UDD. <i>Julissa Rojas, Constanza López, Daniela Dattwyler, Antonia Cruzat, Catalina Merino, Bárbara Muñoz.</i>	25
Revisión Bibliográfica	
Cumplimiento de guías alimentarias en menores de 2 años en América del Sur entre 2000 y 2018: una revisión panorámica. <i>Trinidad Lira, Camila Mathieu.</i>	30
Caso Clínico	
Transfusiones sanguíneas en Testigos de Jehová. <i>Fabiana Calderón, Andrés Castillo, Constanza Chang, Francisca Gutiérrez, Camila Ortiz, Valentina Subiabre, Alexandra Vejar.</i>	41
Reflexión	
Noches desconectadas. <i>Isabella D'achiardi.</i>	45
La tecnología en la salud. <i>Paola Hidalgo.</i>	46
Profesionales de la salud, una oportunidad de identificación. <i>Gabriel Álvarez.</i>	47
Consideraciones sobre la formación de enfermeros en América Latina. <i>Valentina Flores.</i>	49
La transparencia no se menciona, se demuestra: Chile y su actual sistema de donación de órganos. <i>Tamara Martínez.</i>	52
Comunicación en salud: procesos interdisciplinarios y prácticas comunicativas. <i>María José Atria.</i>	55
Requisitos de Publicación	58
Normas de Publicación Específicas	
Investigación Cualitativa	63
Investigación Cuantitativa	65
Revisión Bibliográfica	67
Programa o Proyecto de Intervención	69
Caso Clínico	71
Reflexión	73
Carta al Editor	75
Flujograma Editorial	76



LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La investigación en el campo de las ciencias de la salud se constituye como un camino al desarrollo y una de las soluciones a los problemas de salud que nos afectan en el actual contexto nacional e internacional.

Algunas de las temáticas para el desarrollo de la investigación científica, en pro del avance en materias de salud, derivan de la transición demográfica, epidemiológica, migración, el impacto sobre los estilos de vida de individuos y grupos sociales, las implicaciones políticas y económicas de los cambios en las organizaciones y el financiamiento de los servicios de salud¹.

Este escenario se traduce en un desafío para los nuevos profesionales sanitarios en un mundo globalizado, por lo que se releva la importancia de incorporar la investigación en la formación de profesionales desde el pregrado. La investigación en salud se transforma entonces en un factor que permite la cercanía con esta competencia, a la vez que genera una experiencia de “mentalidad investigadora” y la base teórica para realizar investigación como futuros profesionales. La literatura menciona que, a medida que comienza a existir una real familiaridad o cercanía con la investigación, desaparecen las barreras percibidas y surgen verdaderas fortalezas para el desempeño de la competencia en investigación^{2,3}.

El desarrollo de esta importante competencia ha sido asumida como un gran desafío en la Facultad de Medicina de Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, en todas sus carreras, razón que nos llevó a querer expandir el conocimiento científico de nuestros estudiantes a través de una Revista que permita publicar reflexiones, estudios de casos, programas o proyectos de intervención, revisiones de literatura e investigación cuantitativa y cualitativa.

Con esta iniciativa queremos potenciar, en todos los estudiantes de las carreras de salud, un pensamiento reflexivo, que sean cuestionadores de la realidad, que comiencen a interiorizarse con diferentes formas de entregar nuevo conocimiento, y que logren familiarizarse con el proceso de envío de *papers* a revistas científicas.

Esta Revista, desde su nombre “Confluencia”, busca convocar a futuros profesionales, de las distintas carreras de la Facultad, a un encuentro, a trabajar en conjunto para ver las problemáticas de la salud con un enfoque distinto y nuevo, en el cual el centro es la persona, su familia y la comunidad en la que se desarrollan. En Revista Confluencia pretendemos poner a la ciencia al servicio y beneficio de las personas, aportando a la calidad de vida, promoción de salud, prevención y rehabilitación de enfermedades y mejores soluciones a las problemáticas actuales de la población.

En este primer número, en su versión de lanzamiento, queremos agradecer a todos los gestores, autores, revisores, profesionales, estudiantes, colaboradores y lectores de este número y los que vendrán, por la confianza depositada en Revista Confluencia para ser el canal de comunicación del nuevo conocimiento científico que generan.

Claudia Pérez Acuña*

Enfermera-Matrona, Magíster en Psicología de la Salud
Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM
Directora Carrera de Enfermería
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra Valdes MA. La investigación en la formación de profesionales y en el profesorado de las ciencias médicas. Educ Méd Sup [Internet]. 2018 [citado el 30 de diciembre de 2019];31(4). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1194>
2. Hajdarpasic A, Brew A, Popenici S. The Contribution of Academics' Engagement in Research to Undergraduate Education. Stud High Educ. 2015;40(4):644-57.
3. Griffioen DM, De Jong U. Implementing research in professional higher education: Factors that influence lecturers' perceptions. Educational Management Administration & Leadership [Internet]. 2015 [citado el 30 de diciembre de 2019];43(4):626-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1741143214523008>



VIOLENCIA DE GÉNERO, LA REALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LA PINTANA

Elisa García^{a*}

Martina Mella^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 03 de octubre, 2019. Aceptado en versión corregida el 18 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: La violencia de género en Chile elevó las cifras de femicidios entre enero y mayo de 2019 (18 consumados y 40 frustrados). Entre los años 2007 y 2017, 51.930 violaciones fueron reportadas. En el 86,6% de ellas las víctimas fueron mujeres. **Objetivo:** describir características de la violencia de género en mujeres mayores de edad de un CESFAM de la Comuna de La Pintana (CCLP). **Metodología:** estudio cuantitativo y observacional tipo transversal. Previa autorización del CCLP y Comité de Ética de la Carrera, se seleccionó a 165 mujeres con reporte de violencia de género según criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico general e instrumento WAST. Se realizó análisis de estadística descriptiva mediante Excel. El estudio cumplió con los principios éticos de autonomía y no maleficencia. **Resultados:** el primer episodio de violencia fue entre los 10 y 29 años. Un 77% de agresores fueron parejas (45% anteriores y 32% actuales). Un 61% consideró que en la relación con maltrato era estresante, 64% refería sentirse mal consigo misma al terminar discusiones y 56% sufrió violencia psicológica. **Discusión:** la mayoría de los episodios de violencia de género comienza a temprana edad y en una relación afectiva con el agresor. Pese a la promoción de los derechos de las mujeres en Chile, aún se normaliza el fenómeno. **Conclusión:** la violencia de género es una realidad frecuente y transversal. El instrumento WAST fue útil para comprender las variables asociadas a la violencia de género en un CCLP, lo que es importante considerar en la atención primaria de salud (APS).

Palabras clave: Violencia de género, Atención primaria de salud, Mujeres.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por violencia de género *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres”*¹. La *violencia física* es definida como aquella que puede ser percibida objetivamente mediante lesiones. La *violencia psicológica* está dirigida a despojar de autoestima a la víctima y sus secuelas son más duraderas que el maltrato físico. La *violencia sexual*, incluye desde la imposición de una relación sexual no deseada, hasta el abuso y violación con uso de fuerza. Por otro lado, el *maltrato social*, incluye humillaciones, ridiculizaciones y descalificaciones en público, y el *maltrato económico*, hace referencia al control del dinero y a la disponibilidad de él².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de los factores de riesgo de violencia de género, se encuentran: antecedentes de violencia, insatisfacción marital, abuso de alcohol, dificultades de comunicación en la pareja, conducta dominadora masculina hacia su pareja, y la existencia de normas sociales que privilegian a hombres y otorgan un estatus inferior a mujeres³. Las consecuencias de la violencia de género describen, en la *salud física*, las lesiones corporales; en la *salud sexual*, el embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y VIH; y en la *salud psicológica*, los trastornos del ánimo, síndrome de estrés post traumático, trastorno de conducta alimentaria y suicidio⁴. Las mujeres que sufren violencia de género realizan intentos suicidas

5 veces más frecuentemente que aquellas que no la sufren, y tienen 15 veces más probabilidad de sufrir de abuso de alcohol⁵.

A nivel mundial, la violencia de género es un problema con alto impacto epidemiológico. Según datos de la OMS del año 2013, 1 de cada 3 mujeres (35% de las mujeres del mundo), han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja³. Además, el 38% de los femicidios son cometidos por la pareja de la víctima y el 7% de las mujeres a nivel mundial han sufrido agresiones sexuales por personas que no son su pareja. En el Consejo Ejecutivo 138 de la OMS (mayo de 2016), los estados miembros aprobaron el Plan de Acción para Fortalecer la Función del Sistema de Salud para Abordar la Violencia Interpersonal, en particular contra las mujeres³.

Según la legislación chilena, el femicidio es el asesinato de una mujer realizado por quien es, o ha sido, su esposo o conviviente. Entre enero y mayo de 2019, se registraron 18 femicidios consumados y 40 frustrados en Chile⁶. Respecto a los casos de violaciones extraídos de Fiscalía y el Congreso Nacional de Chile (años 2007 a 2017), se cuantifican 51.930 violaciones, de las cuales el 86,6% de las víctimas fueron mujeres. En el mismo estudio, en promedio 12 mujeres y 1 hombre fueron víctimas de violación al día. De estos datos, llama la atención que un 67,6% de los victimarios conocía a la víctima anteriormente⁷.

En un esfuerzo para relevar la importancia de la temática de género y destinar recursos especiali-

*Correspondencia: egarciav@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 8-14



zados, el Estado chileno ha firmado acuerdos internacionales y de orden jurídico con el fin de otorgar protección a la mujer. A partir del año 2016, se crea el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, que tiene como función *“ejecutar modelos programáticos para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres”*⁶.

En el contexto del Internado en Atención Primaria en Salud (APS), de la Carrera de Medicina de la Universidad del Desarrollo (UDD), durante las consultas en un CCLP, se detectó que la violencia de género es un problema frecuente en la población y que no existen medidas de tamizaje oportuno y manejo según protocolos estandarizados, hecho que concuerda con la literatura especializada que menciona que la causa más frecuente de no detección de violencia de género en la APS es la falta de formación de los profesionales de la salud respecto a este tema².

Debido a lo anterior, surgió la interrogante respecto a la prevalencia y características de la violencia de género en un CCLP desde la perspectiva de la Salud Pública (SP), ya que el fenómeno de la violencia de género afecta la salud física, mental y la calidad de vida de las víctimas. Es desde esta perspectiva de SP que el rol de los profesionales de la salud en APS se hace fundamental para detectar, prevenir y manejar este problema⁸. Por otro lado, el contexto de la APS es ideal para detectar la violencia de género, ya que es un espacio seguro para brindar ayuda oportuna⁹.

Considerando todos los antecedentes anteriormente presentados, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la prevalencia y características de cada tipo de violencia de género (física, psicológica, económica y/o sexual), en mujeres inscritas en un CCLP entre marzo y mayo de 2019? La hipótesis de trabajo planteada fue la siguiente: “la mayoría de las pacientes de un CCLP que sufren de violencia de género del tipo violencia psicológica”. El objetivo general de la investigación es describir la prevalencia y características de la violencia de género en mujeres mayores de edad, inscritas en un CCLP entre marzo y mayo 2019. Los objetivos específicos son: a) describir la filiación de los victimarios según si son marido/pareja, ex marido/ex pareja, pololo/ex pololo u otra persona; b) describir la edad de la víctima desde el inicio de la violencia de género y su duración en el tiempo; c) describir las características de las víctimas de violencia de género según edad, estado civil, nacionalidad, escolaridad, cantidad de hijos y ocupación; y, finalmente d) describir los tipos de violencia ejercida contra la mujer (psicológica, física, económica y sexual), de acuerdo al instrumento Woman Abuse Screening Tool (WAST)⁹.

La información que se presenta a continuación se organiza, en primer lugar, explicando la metodología utilizada, a continuación, la exposición de los

resultados, luego la discusión y finalmente las conclusiones junto a las implicancias de la investigación.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, observacional de tipo transversal y descriptivo, acerca de la violencia de género hacia mujeres de un CCLP. El universo estuvo compuesto por mujeres mayores de edad inscritas en un CCLP el año 2019. La técnica de muestreo utilizada fue aleatoria. Se calculó un tamaño muestral con un intervalo de confianza de 95% y margen de error de 5%, para obtener un tamaño muestral significativo de 366 mujeres encuestadas.

Los criterios de inclusión fueron: ser o haber sido víctima de violencia de género, estar inscrita en el CCLP el año 2019, ser mayor de edad y aceptar participar a través de un consentimiento firmado voluntario. Los criterios de exclusión fueron: no haber sido víctima de violencia de género, dificultad en la comprensión de las preguntas por hablar otro idioma o dificultades severas de la comunicación.

Se seleccionó una muestra de 165 mujeres víctima de alguna forma de violencia de género, a las cuales se les aplicó un cuestionario sociodemográfico especialmente diseñado, que incluyó variables como edad, estado civil, nacionalidad, escolaridad, cantidad de hijos, ocupación, edad en la cual se inició la violencia de género, duración, filiación de victimario, además del instrumento WAST, traducido al español y validado por Fogarty & Brown en pacientes hispanohablantes de Estados Unidos el 2002 (sensibilidad de 89%, especificidad de 94%)⁹.

El WAST consta de 8 preguntas respecto a la violencia de género, y es uno de los cuestionarios mejor evaluados entre 12 instrumentos de la Guía Inglesa para Detección de Violencia de Género. Incluye preguntas acerca de la forma de resolver problemas dentro de la pareja, presencia de violencia física, psicológica, sexual y económica, y emociones asociadas a la relación, entre otras. Su uso se recomienda en contextos no específicos de violencia de género como APS⁹.

La justificación de la elección de este instrumento radica en que la detección de violencia de género es costo-efectiva cuando incluye instrumentos de detección validados, un plan de formación al personal de salud y una derivación posterior a unidades de apoyo psicológico y jurídicos¹⁰.

Los datos fueron analizados en programa Excel para obtención de estadística descriptiva. Desde el punto de vista de la cautela de requisitos éticos en investigación, se contó con la autorización del director del CCLP y se aseguró el cumplimiento de principios éticos como la autonomía (participación voluntaria, consentimiento informado, encuestas anónimas, respeto de la intimidad y confidencialidad), y no maleficencia.



RESULTADOS

Luego del reclutamiento de las 366 mujeres consultadas en forma voluntaria y anónima acerca de haber sido víctimas de violencia de género, 165 de ellas respondieron haber sufrido maltrato emocional, físico y/o sexual por parte de alguna persona durante su vida, lo que equivale a un 45% de las encuestadas. Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres violentadas, un 32% está actualmente casada, 22% son convivientes y 28% solteras. Respecto a la edad actual de las mujeres que sufrieron violencia, 21% tenían entre 55-64 años, 19% tenían entre 25-34 años, 18% tenían entre 35-44 años, 17% tenían más de 65 años, 16% tenían entre 45-54 años y 10% tenían entre 18-24 años.

Un 97% de las encuestadas son chilenas y 3% extranjeras. Dentro del nivel de estudios, 30% tiene escolaridad media completa, 25% escolaridad básica incompleta, 19% escolaridad básica completa, 14% escolaridad media incompleta, 9% enseñanza superior y 3% profesional universitaria. Respecto a la cantidad de hijos, 29% tienen 3 hijos, 27% tienen 2 hijos, 15% tienen 4 hijos, 15% tienen 1 hijo, 9% tiene 5 o más hijos y 5% no tienen hijos. Finalmente, 55% de las encuestadas son dueñas de casa, 24% trabajadoras dependientes, 14% trabajadoras independientes, 4% estudiantes y 2% cesantes (Tabla 1).

Tabla 1. Cuestionario sociodemográfico general

Pregunta	Alternativas	Respuesta % (n=165)
¿Ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o una persona importante para usted?	Sí	45%
	No	55%
¿Qué edad tenía cuándo se sintió así por primera vez?	0-9 años	7%
	10-19 años	36%
	20-29 años	34%
	30-39 años	15%
	40-49 años	5%
	50-59 años	2%
	>= 60 años	0%
¿Durante cuánto tiempo se sintió así?	0-4 años	48%
	5-9 años	16%
	10-14 años	7%
	15-19 años	8%
	20-24 años	6%
	25-29 años	3%
	>= 30 años	11%
¿Cuál es su estado civil?	Casada	32%
	Divorciada	8%
	Soltera	28%
	Conviviente	22%
	Pololeando	2%
	Viuda	7%
¿Cuál es su edad actual?	18-24 años	10%
	25-34 años	19%
	35-44 años	18%
	45-54 años	16%
	55-64 años	21%
	>= 65 años	17%
¿Hasta qué nivel llegaron sus estudios?	Básica incompleta	25%
	Básica completa	19%
	Media incompleta	14%
	Media completa	30%
	Enseñanza superior (técnico)	9%
	Profesional (universitario)	3%

Tabla 1. Cuestionario sociodemográfico general (cont.)

Pregunta	Alternativas	Respuesta % (n=165)
¿Nacionalidad chilena?	Sí	97%
	No	3%
¿Tiene hijos?	Sí	92%
	No	8%
¿Cuántos hijos tiene?	0	5%
	1	15%
	2	27%
	3	29%
	4	15%
	>=5	9%
¿Cuál es su ocupación?	Dueña de casa	55%
	Trabajadora dependiente	24%
	Trabajadora independiente	14%
	Estudiante	4%
	Cesante	2%

Un 77% de las mujeres fueron violentadas por sus parejas, 45% sufrió violencia por parte de su ex marido/ex pareja y un 32% por parte de su marido/pareja actual (Figura 1). Además, la mayoría de las mujeres sufrió el primer episodio de violencia

entre los 10 y 29 años (un 36% entre los 10-19 años y un 34% entre los 20-29 años). Un 48% de las mujeres encuestadas fue maltratada durante un período igual o menor a 4 años y un 11% durante 30 años o más (Figura 2).

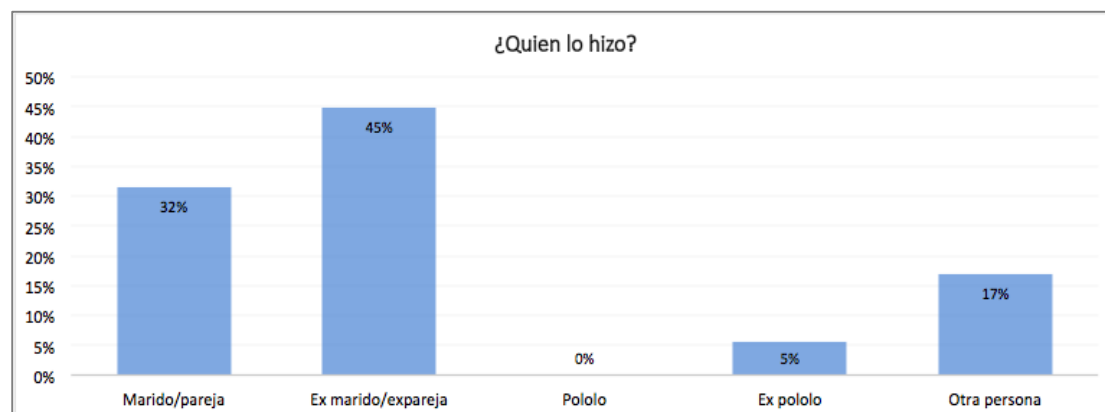


Figura 1.
Relación que establece la mujer encuestada con el victimario

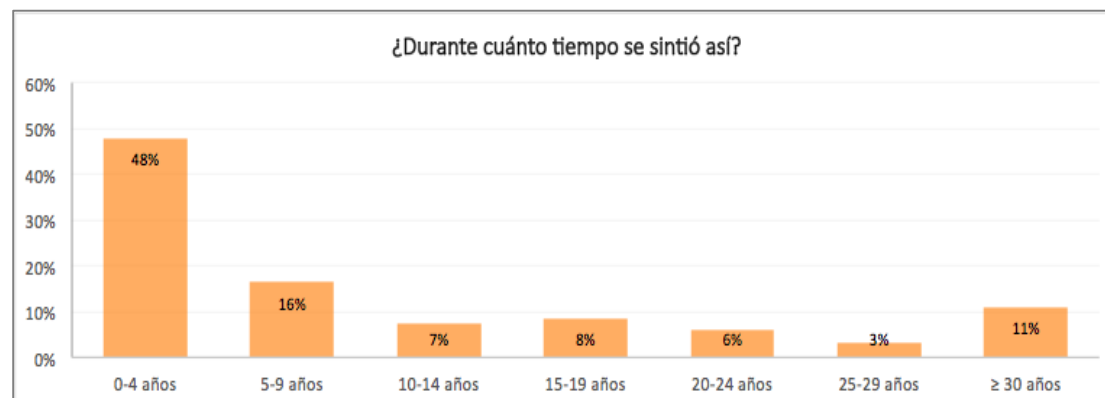


Figura 2.
Tiempo durante el cual se sintieron violentadas las mujeres encuestadas

Respecto a los resultados del instrumento WAST⁹, el 61% de las mujeres encuestadas consideró que la relación en la que sufre/sufría maltrato es/era estresante; el 52% de ellas refirió que la manera en la que resuelven/resolvían sus problemas es/era muy difícil; el 64% refirió haberse sentido decaída o mal consigo misma al terminar las discusiones, y el 31% refirió que las discusiones muchas veces terminan/terminaron en golpes, patadas o empujones. Por otro lado, el 42% de las mujeres refirió que muchas veces hay/hubo situaciones en las cuales sintió miedo de las reacciones de su agresor, el 37% de ellas refirió

que su agresor controla/ controlaba muchas veces el dinero que ella gasta/gastaba o la obliga/obligaba a realizar trabajo en exceso, un 56% dijo que su agresor muchas veces la insulta/insultó, garabatea/garabateó, grita/gritó, humilla/humilló, descalifica/descalificó, y el 7% refirió que muchas veces se siente/sintió obligada a tener relaciones sexuales para evitar problemas. Dentro de los tipos de violencia evidenciados, destaca que un 56% de las mujeres encuestadas sufrió violencia física, 51% violencia económica, 78% violencia psicológica y 56% violencia sexual (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados Instrumento WAST⁹

Pregunta	Alternativas	Respuesta % (n=165)
1. ¿En general su relación es/era?	Estresante	61%
	Algo estresante	25%
	Nada estresante	13%
2. ¿La manera en que resuelven o resolvían sus problemas es o era?	Muy difícil	52%
	Algo difícil	31%
	Sin dificultad	18%
3. ¿Usted se siente o se sentía decaída o mal consigo misma al terminar las discusiones?	Muchas veces	64%
	A veces	21%
	Nunca	15%
4. ¿Las discusiones terminan o terminaron en golpes, patadas o empujones? (violencia física)	Muchas veces	31%
	A veces	25%
	Nunca	44%
5. ¿Hay o hubo situaciones en las cuales sintió miedo de sus reacciones?	Muchas veces	42%
	A veces	22%
	Nunca	36%
6. ¿Controla o controlaba el dinero que usted gasta, gastaba o la obliga u obligaba a realizar trabajo en exceso? (violencia económica)	Muchas veces	37%
	A veces	14%
	Nunca	60%
7. ¿La insulta o insultaba, garabatea o garabateaba, grita o gritaba, humilla humillaba, descalifica o descalificaba? (violencia psicológica)	Muchas veces	56%
	A veces	22%
	Nunca	22%
8. ¿Se siente o se sintió obligada a tener relaciones sexuales para evitar problemas? (violencia sexual)	Muchas veces	37%
	A veces	19%
	Nunca	44%

DISCUSIÓN

Dentro de los indicadores de género aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2017, el 20,15% de las mujeres declaró haber vivido una o más situaciones de violencia psicológica, ejercida por su pareja, ex pareja o algún familiar, en los últimos 12 meses¹¹. Considerando los datos del año 2013 de la

OMS, en los cuales se identifica que el 35% de las mujeres a nivel mundial han sufrido violencia por parte de su pareja³, llama la atención la realidad del CCLP, donde el 45% de las mujeres encuestadas refiere haber sufrido algún tipo de violencia de género^{1,2}. La mayoría de las mujeres declaró haber sufrido violencia psicológica, que es la que genera mayores secuelas a lo largo de la vida⁶.

Al analizar quién es el agresor, destaca que en la mayoría de los casos son personas que tienen/tuvieron una relación de pareja con el agresor, un 45% ex marido/ex pareja y un 32% marido/pareja actual. Solo un 17% de las encuestadas sufrió violencia por parte de una persona con la que no tenía una relación de pareja. Esto se puede deber a que, a pesar de que Chile es un país en el que se visualizan cambios respecto a los derechos de las mujeres, aún se normaliza y se minimiza la violencia de género en una relación de pareja^{3,5}.

Respecto a la edad de inicio de los episodios de violencia, se evidencia que en la mayoría de las mujeres ésta comienza en la adolescencia, entre los 10 y 29 años. Lo anterior refleja que la mayoría de los episodios de violencia se inician con las primeras relaciones de pareja, elemento que tendería a marcar relaciones futuras⁴. De acuerdo a la duración de los episodios de violencia, la mayoría se extiende por períodos variables, con un máximo de 4 años. En cuanto a la edad actual de las encuestadas, existe una distribución homogénea de las edades, con una diferencia máxima entre 10% y 21% entre los grupos etarios. En base a esto, se podría sostener que la violencia afecta en forma transversal a mujeres de todas las edades, tal como lo plantea la literatura especializada³.

En base al nivel de educación de las encuestadas, un 56% de las mujeres no completaron la enseñanza media y solo un 3% de ellas tiene nivel universitario. Esto refleja que un bajo nivel educacional podría ser un factor de riesgo para experimentar violencia de género.

Al analizar las respuestas del instrumento WAST⁹, pese a que el 86% de las mujeres entrevistadas percibía su relación como estresante/algo estresante, el 13% refirió que su relación es/era nada estresante. Llama la atención que exista un porcentaje de mujeres que considera que sufrir de violencia de género no es estresante, lo cual puede ocurrir debido a la normalización que aún existe incluso de las propias mujeres respecto a este tema³.

Según la OMS uno de los pilares de prevención de violencia de género en el ámbito de la salud lo constituye la generación de evidencia que permita determinar estrategias eficaces y la magnitud del problema, así como también la inclusión de la violencia contra la mujer en las encuestas de salud poblacional y sistemas de vigilancia sanitaria^{2,3}. En base a lo anterior y a los resultados obtenidos, se evidencia que la violencia de género es un problema de magnitud incierta en Chile, y que mediante encuestas en el área de la salud se pueden obtener datos sobre la magnitud del problema para así adoptar medidas de prevención, protección y manejo³.

Se debe recalcar la importancia que esta problemática tiene en el contexto de salud, dado que la atención, sobre todo en APS, representa una

oportunidad única, que transcurre en un ambiente protegido, para realizar una detección precoz de violencia de género mediante una herramienta de tamizaje como el instrumento WAST⁹, y de esa manera poder derivar oportunamente a programas de salud mental o asistencia social⁴. Para ello, es de vital importancia reconocer la violencia de género como un problema de salud pública², para así poder implementar programas de prevención y *screening* a nivel poblacional⁸. Sólo así, quizás, se podrá disminuir los índices de violencia de género existentes.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados para esta investigación, se puede concluir que la violencia de género es una realidad frecuente. En la muestra de mujeres estudiada, la prevalencia fue mayor a lo reportado en la literatura, donde un 45% de las mujeres consultadas reconocieron ser o haber sido víctimas de violencia de género. A quienes se les aplicó la encuesta sociodemográfica general y WAST⁹ reportaron que, según el tipo de violencia experimentada, la mayoría experimentaba violencia psicológica ejercida principalmente por su pareja/ex-pareja. La edad de inicio en la adolescencia y el menor nivel de educación pueden ser factores de riesgo para la ocurrencia de violencia de género.

El instrumento WAST⁹ fue una herramienta útil para comprender las variables asociadas a la violencia de género en un CCLP. Se recomienda realizar un estudio de validación de mayor envergadura y así poder aplicarlo a nivel nacional en programas de salud preventiva como EMPA y/o EMPAM. El tamizaje a nivel poblacional podría ser útil para prevenir episodios graves de violencia y dar apoyo oportuno a las mujeres que lo necesiten.

Por último, las limitaciones de este estudio se refieren a la comparación de las variables estudiadas con la población que no sufre violencia de género, para así poder delimitar factores de riesgo y protectores. Otra limitación dice relación con el tipo de estudio, que, al ser descriptivo de tipo transversal, permite establecer asociaciones, pero no una causalidad entre las variables.

Finalmente, la violencia en cualquiera de sus formas de presentación, es un tema sensible, por lo que indagar sobre ésta puede ser una limitación para aquellas mujeres que no quieren exponerla, constituyendo un sesgo de memoria. Es muy importante incluir la temática de violencia de género dentro de la entrevista clínica habitual, incorporando el uso de cuestionarios estructurados como el WAST⁹, que facilitan el acercamiento al paciente para poder detectar e intervenir oportunamente en caso de ser necesario.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. 1993 [citado el 30 de mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
2. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global*. 2014;13(33):424-39.
3. Violencia contra la mujer. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [citado el 30 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Águila Y, Hernández V, Hernández V. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Rev Médica Electrónica*. 2016;38(5):697-710.
5. Lila M. Investigación e Intervención en Violencia contra la Mujer en las Relaciones de Pareja. *Psychosocial Intervention*. 2010;19(2):105-8.
6. Femicidios. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género [Internet]. 2019 [citado el 30 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.minmujeryeg.gob.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/femicidios>
7. Mellado J, Vilches J. Infografía: El panorama de las violaciones denunciadas en Chile durante una década. *El Mercurio*. 5 de septiembre de 2017.
8. Perojo V. La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. *Rev Cubana de Med Gen Integr* [Internet]. 2015 [citado el 30 mayo de 2019];31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400011&lng=es
9. Binfa L, Cancino V, Ugarte I, Mella M, Cavada G. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Rev Med Chile*. 2018;146 (3):331-40.
10. García-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz M, Herreras Z, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Revista Medicina Clínica*. 2011;137(9):390-7.
11. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales 2012 y 2017. Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2012 [citado el 3 octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/menu-sociales/genero>



CONTENIDO PROTEICO REPORTADO EN EL ETIQUETADO NUTRICIONAL V/S CANTIDAD DE PROTEÍNA CALCULADA EN PRODUCTOS CÁRNICOS PROCESADOS CHILENOS

Tomás Fuentes^{a*}

^aEstudiante de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad Del Desarrollo.
Artículo recibido el 30 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 30 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: El etiquetado nutricional es una herramienta que ayuda a las personas a tomar decisiones al momento de la compra y/o consumo de un alimento, por ello, la información del etiquetado debe ser verídica. **Objetivo:** comparar la información nutricional del contenido proteico reportado en el etiquetado con el contenido real calculado de distintos productos cárnicos chilenos. **Metodología:** Estudio cuantitativo descriptivo de secuencia temporal y transversal. Se seleccionaron 3 marcas (2 lotes) de 6 productos de consumo masivo actual. El contenido proteico real de cada muestra fue determinado a través del método Kjeldahl. **Resultados:** El 91,7% de los productos se encontró bajo la normativa del RSA. Los productos fuera de norma fueron el paté de ternera y jamón de pavo. Sólo 7 marcas de las 12 evaluadas no presentaron diferencias estadísticas significativas entre el valor real y el reportado, a pesar de estar dentro de las normas del Reglamento de Alimentos de Chile. El paté de ternera y el jamón de pavo destacaron como productos discrepantes, presentando valores reales por sobre los reportados: 11,3 vs 10,7 y 19,8 vs 17,0 ($p=0,001$ y $p=0,0051$), respectivamente. **Discusión:** Un 9,6% de los productos analizados presentó información nutricional incorrecta, valor que concuerda con una variación de hasta $\pm 20\%$ respecto al alimento de referencia reportado por la literatura. **Conclusión:** La cantidad de proteína declarada en el etiquetado nutricional y la cuantificada son similares en la mayoría de los productos analizados lo que permite concluir que la información del etiquetado es confiable en cuanto al contenido proteico. **Palabras clave:** Etiquetado nutricional, Proteínas, Alimentos industrializados, Seguridad alimentaria y nutricional.

INTRODUCCIÓN

En el año 2016, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), señaló que América Latina tiene el mayor consumo de alimentos cárnicos per cápita del mundo (58 kg/persona/año), con un posible aumento de 6% en la próxima década¹. En los últimos 10 años en Chile, el consumo per cápita de proteína animal se ha incrementado hasta una tasa anual de 1,9%, basado principalmente en carnes de ave y cerdo, que han crecido a tasas de 2,2 y 3,6% respectivamente. Desde mediados de los 70⁰, existe un crecimiento continuo en la disponibilidad de carne de cerdo en Chile y, desde el 2008, su consumo supera al de carne de vacuno en un esfuerzo del sector industrial por llegar a los consumidores con un producto adecuado para las exigencias actuales: un producto sabroso, no engrasado, en presentaciones adecuadas para la cocina y a un precio conveniente².

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), informó que la elaboración carnes y fiambres registró el año 2013 un record de 275.000 toneladas, con un consumo per cápita de 15,6 kg³. El informe "Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe" señala que Chile consume un promedio anual per cápita de 201,9 kilos de alimentos ultraprocesados (alto contenido de azúcar, grasas y sal, como jamones, patés, salchichas, etc.), elementos determinantes en el desarrollo de sobrepeso y obesidad¹. La Organización Panamericana de la Salud (OPS),

señaló que estas ventas crecieron en 8,9% entre 2009 y 2014, las que se prevé sigan en aumento⁴, mismo incremento reportado por ChileCarne, que indicó que el consumo per cápita de cerdos, aves, ovinos y bovinos fue de 1.479.959 ton/vara⁵.

El Etiquetado Nutricional (EN), es toda información en relación al valor energético y nutrientes como proteínas, hidratos de carbono, grasas, fibra, sodio, vitaminas y minerales. Garantiza una información veraz, simple y clara al consumidor respecto del contenido nutricional de los alimentos, con el fin de mejorar la toma de decisiones en relación a su consumo⁶. Es, además, el principal medio de comunicación entre los productores, compradores y consumidores⁷.

El sistema de etiquetado ha evolucionado en función de las necesidades y derechos informativos del consumidor, a causa de cambios legales y culturales en torno al bienestar y salud de la población. Con la Ley 20.606, se produjo una disminución en las ventas de los productos con 2 sellos, y un aumento de los de 0 y 1 sello⁸. Además, los principios del CODEX (FAO y Organización Mundial de la Salud), establecen que el EN debe ser un medio para facilitar información al consumidor sobre los alimentos y para que puedan elegir su alimentación con discernimiento. Establece que los productos no deben presentar información que sea "falsa, equivoca o engañosa, o susceptible de crear una impresión errónea" respecto de su naturaleza^{4,6}.

*Correspondencia: jafuentesd@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 15-19



Los profesionales nutricionistas valoran la Ley, la conocen y educan a la población para que los ciudadanos puedan elegir de mejor manera los alimentos más saludables⁹. Además, el Reglamento Sanitario de los Alimentos (RSA) chileno, en su artículo 115, decreta los nutrientes inexcusables que deben ser reportados de manera obligatoria en el EN, los que podrán exceder solo hasta un $\pm 20\%$ del valor declarado en la información¹⁰. Entre ellos se encuentran las proteínas, que constituyen nutrientes esenciales para el mantenimiento de la salud debido a sus funciones biológicas, desde estructurales y mecánicas (músculos, tendones y ligamentos), hasta reguladoras (enzimas y hormonas), y de transporte (hemoglobina), entre otras¹¹.

De acuerdo a los antecedentes presentados, el propósito de este estudio fue comprobar la veracidad de la información indicada en el etiquetado nutricional, teniendo como objetivo analizar el valor proteico real presente en distintos productos cárnicos chilenos.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo descriptivo de secuencia temporal y transversal. La recolección de la muestra se llevó a cabo en el *retail* de la Región Metropolitana entre 2016 y 2017, seleccionando 6 productos cárnicos de consumo habitual, posteriormente anonimizados. No se utilizó ningún criterio estadístico, eligiéndose productos de alto consumo según la evidencia disponible⁴. Fueron seleccionados 2 lotes, con 3 marcas distintas de hamburguesas de vacuno, salchichas de cerdo y paté de ternera, y 1 marca para jamón de pavo, pollo y cerdo.

Para el análisis de los alimentos, se tomó 5 muestras en duplicado para cada producto y marca, totalizando 120 muestras. Inicialmente la porción del producto (unidad o lámina), fue triturada por completo, posteriormente homogenizada y extraídos 5 gramos de manera aleatoria.

De éstos, se pesaron 0,1500 - 0,1505 gramos por muestra para dar inicio al análisis. Se utilizó el Método Directo de Kjeldahl para determinar la cantidad total de proteínas mediante la valoración de nitrógeno orgánico¹², método aceptado universalmente como un estándar^{13,14}.

Para calcular el porcentaje de proteína basal se consideró el factor de conversión de 6,25 para porcentaje de nitrógeno calculado⁹. Los análisis fueron realizados en el Laboratorio de Bromatología de la Universidad Del Desarrollo, Sede Santiago, Chile. Se analizó estadística descriptiva y se utilizó el test de Shapiro-Wilk para verificar el tipo de distribución. Por último, se aplicó la prueba de Wilcoxon (al 5%), con software Stata 13.1.

RESULTADOS

Los productos paté de ternera y jamón de pavo presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto al análisis del valor proteico real en comparación con la información reportada en el etiquetado nutricional ($p < 0,05$). No presentaron diferencia significativa los productos hamburguesa de vacuno, salchicha de cerdo, jamón de pollo y jamón de cerdo (Tabla 1).

Respecto al delta (diferencia de gramos entre el valor proteico calculado y el reportado en el etiquetado nutricional), las tres marcas de hamburguesa, las tres de salchichas, las dos y tres de paté de ternera y la marca uno de jamón de pavo, presentaron diferencias significativas ($p < 0,05$, Tabla 2).

Finalmente, respecto al análisis por lote de cada marca y nivel de concordancia del EN con respecto a la Norma RSA, Artículo 115¹¹, se pudo observar que la marca 1 de jamón de pavo del lote 1 está por sobre el 20% reglamentado, al igual que la marca 3 de paté de ternera correspondiente al lote 1 (Tabla 3).

Tabla 1. Distribución del valor proteico promedio calculado e indicado en el etiquetado, según tipo de producto cárnico analizado

Producto	Valor etiquetado				Valor calculado				p
	X (gr.)	DE	Min (gr.)	Máx (gr.)	X (gr.)	DE	Min (gr.)	Máx (gr.)	
Hamburguesas de vacuno	13,8	($\pm 2,3$)	10,6	16,0	13,8	2,2	9,9	17,8	0,894
Paté de ternera	10,7	($\pm 0,3$)	10,3	11,1	11,3	1,3	10,0	14,1	0,000
Salchichas de cerdo	14,5	($\pm 1,4$)	12,8	16,2	14,5	0,6	13,5	15,9	0,959
Jamón de pavo	17,0	($\pm 0,0$)	17,0	17,0	19,8	0,8	18,7	20,9	0,005
Jamón de pollo	22,2	($\pm 0,0$)	22,2	22,2	18,5	0,8	17,4	19,6	0,386
Jamón de cerdo	13,2	($\pm 0,0$)	13,2	13,2	12,2	1,3	10,7	14,6	0,203

X: promedio; DE: desviación estándar; Min: mínimo; Máx: máximo.

Tabla 2. Diferencia de gramos entre valor proteico calculado v/s reportado en el etiquetado, según marca de producto cárnico analizado

Producto	Código de marca	Δ gr	DE	Min	Máx	p
Hamburguesas de vacuno	1	0,13	($\pm 0,89$)	-1,01	1,83	0,333
	2	-0,45	($\pm 0,47$)	-1,46	0,02	0,075
	3	0,61	($\pm 1,11$)	-0,64	2,05	0,007
Salchichas de cerdo	1	-1,94	($\pm 0,6$)	-2,67	-1,33	0,959
	2	0,3	($\pm 0,74$)	-0,52	1,4	0,139
	3	1,74	($\pm 0,32$)	1,31	2,2	0,005
Paté de ternera	1	0,06	($\pm 0,32$)	-0,25	0,48	0,202
	2	0,33	($\pm 0,29$)	-0,24	0,76	0,013
	3	1,83	($\pm 1,03$)	0,69	2,99	0,005
Jamón de cerdo	1	-0,97	($\pm 1,35$)	-2,41	1,45	0,203
Jamón de pollo	1	-3,68	($\pm 0,81$)	-4,74	-2,57	0,386
Jamón de pavo	1	2,85	($\pm 0,83$)	1,78	3,99	0,005

Código de marca: número asignado a la marca seleccionada del *retail*; Δ : delta o diferencia de gramos entre el valor proteico calculado y el reportado en el etiquetado nutricional; DE: desviación estándar; Min: mínimo; Máx: máximo.

Tabla 3. Distribución de la tolerancia respecto al 20% normativo entre el valor calculado v/s el reportado en el etiquetado, según lote de cada marca de producto cárnico analizado

Producto	Código de Marca (n=5)	Valor reportado (gr.)	20% Norma	Lote	Valor calculado (gr.)	DE
Hamburguesas de vacuno	1	16,0	12,8-19,2	1	15,4	($\pm 0,35$)
				2	16,8	($\pm 0,62$)
	2	14,65	11,7-17,6	1	14,1	($\pm 0,30$)
				2	14,2	($\pm 0,64$)
	3	10,6	8,5-12,7	1	10,2	($\pm 0,23$)
				2	12,2	($\pm 0,36$)
Salchichas de cerdo	1	16,6	13,0-19,4	1	13,7	($\pm 0,10$)
				2	14,8	($\pm 0,07$)
	2	14,5	11,6-17,4	1	15,4	($\pm 0,39$)
				2	14,2	($\pm 0,23$)
	3	12,8	10,2-15,4	1	14,4	($\pm 0,29$)
				2	14,7	($\pm 0,32$)
Jamón de cerdo	1	13,2	10,6-15,8	1	13,4	($\pm 0,78$)
				2	11,0	($\pm 0,21$)
Jamón de pollo	1	22,2	17,8-26,6	1	19,0	($\pm 0,89$)
				2	18,0	($\pm 0,17$)
Jamón de pavo	1	17,0	13,6-20,4	1	20,5	($\pm 0,57$)
				2	19,2	($\pm 0,38$)
Paté de ternera	1	10,3	8,2-12,4	1	10,1	($\pm 0,00$)
				2	10,6	($\pm 0,31$)
	2	10,3	8,2-12,4	1	10,9	($\pm 0,12$)
				2	10,4	($\pm 0,19$)
	3	11,1	8,9-13,3	1	13,9	($\pm 0,15$)
				2	12,0	($\pm 0,12$)

Código de marca: número asignado a la marca seleccionada del *retail*; DE: desviación estándar.

DISCUSIÓN

El valor que se le otorga a la salud y el bienestar personal es cada vez más alto. Se analiza, por lo tanto, con más rigurosidad la composición de los productos alimenticios que indica el etiquetado nutricional⁷, por lo que el objetivo de esta investigación fue comparar la información nutricional declarada en etiquetado de productos cárnicos procesados en relación al contenido proteico calculado a través del método directo Kjeldahl¹². Su aplicación arrojó que el 8,3% de las marcas de los productos analizados no cumplen con la normativa vigente¹⁰, a pesar que las marcas analizadas pertenecen a grandes empresas del rubro alimentario del país.

El 9,6% de los productos estudiados presentó una información incorrecta, valor que concuerda con una variación de hasta $\pm 20\%$ respecto al alimento de referencia reportado por Urquiaga y cols¹⁵, quienes concluyeron un 8,3% de discordancia entre la información declarada y el contenido real de los productos analizados. Los autores mencionan que aparentemente, la mayoría de los productos de empresas pequeñas y medianas han optado por incluir la información proveniente de una tabla de referencias certificadas¹⁵.

Resultados similares fueron los obtenidos en otro estudio chileno del Ministerio de Economía Fomento y Turismo, en el cual se verificó el cumplimiento de la rotulación exigida por el RSA en la información nutricional declarada en el EN de quesos gouda, mantecoso y chanco. Aplicándose el Método Kjeldahl¹², las marcas analizadas cumplían con la normativa vigente, existiendo correspondencia entre las cifras declaradas y las obtenidas como promedio del análisis. Sin embargo, y al igual que en la presente investigación, algunas marcas visualizaron desviaciones negativas respecto del análisis calculado en relación a lo indicado en la información nutricional¹⁴.

En el estudio de Bosquesi y cols.¹⁶, se analizó el contenido proteico de barras para deportistas en Brasil. A través del Método Kjeldahl¹², se observó que 2 de las 3 marcas evaluadas presentaron cantidades variables de nutrientes reportados, más allá de lo permitido por la legislación de ese país, similar al Artículo 115 del RSA¹⁰. De manera similar a la investigación anterior, Dominiciano y cols.¹⁷, también observaron irregularidades en las informaciones del etiquetado de barras de cereales brasileñas en relación al contenido de azúcar, a pesar de la percepción de ser un alimento saludable por la mayoría de los consumidores.

En Estados Unidos, Feldman y cols.¹⁸ evaluaron la información nutricional de 150 muestras de alimentos ofrecidos en el menú del servicio de comida de la institución. Mediante método indirecto, por medio de un software de análisis de nutrientes, del análisis de productos cárnicos se observó que el

contenido proteico de los valores arrojó cifras más altas que lo indicado en la información nutricional (33,8 gr. vs 27,3 gr.).

En Canadá, Fitzpatrick y cols.¹⁹ evaluaron la precisión de sodio, calorías, grasas trans, grasas saturadas y azúcar declarada en la información nutricional de alimentos y bebidas (1000 muestras) pertenecientes a supermercados, panaderías y restaurantes. El 16,7% de esos productos presentaron valores de laboratorio que exceden $\pm 20\%$ del valor indicado en la información nutricional, mismo análisis derivado de los resultados obtenidos en la presente investigación, en que el 8,3% de los productos analizados exceden el $\pm 20\%$ que establece el RSA.

Así, el etiquetado nutricional es en general confiable en cuanto al contenido proteico, sin embargo, al observar que existen productos que no cumplen con la normativa vigente, o que presentan pequeñas discrepancias entre el etiquetado y los valores calculados, no se asegura que el resto de los nutrientes indicados en la información nutricional sean correctos. Por esto, es importante la fiscalización de los procesos productivos, desde la obtención de materias primas hasta el envasado del producto, con el fin de evitar cambios en la composición nutricional de los alimentos para no inducir a errores a los consumidores al momento de su compra.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación indican baja irregularidad en la composición proteica real v/s lo indicado en la información nutricional, dado que 2 de las 12 marcas presentaron errores frente a la actual legislación chilena. De esta manera, se puede concluir que la información nutricional declarada no es exacta, sin embargo, en general se encuentra dentro del marco regulatorio manifestado en el RSA.

Existe una necesidad constante de un mejor control por parte de las industrias alimentarias y una fiscalización más efectiva para garantizar que la información nutricional cumpla el objetivo de ayudar a los consumidores en la elección de los productos, así como a los profesionales de la salud en la orientación de las dietas.

La limitación de la presente investigación corresponde al análisis de un solo macronutriente. A pesar de ello, queda abierta la posibilidad de estudios posteriores, acerca de la composición total de nutrientes de los alimentos intervenidos.

La presente investigación resulta valorable debido a la cantidad de muestras analizadas y a los resultados obtenidos con diferencias significativas.

Desde el punto de vista disciplinar, este estudio fue crucial para el desarrollo del método científico y emplear conceptos teóricos en la aplicación práctica, promoviendo la formación de un profesional integro con visión analítica y global.



Agradecimientos

A la Dirección de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad del Desarrollo, Sede Santiago, y a las docentes Natalia Vega y Daiana Quintiliano, por el constante apoyo en la conceptualización y conducción de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago, Chile; 2017. (Citado en septiembre de 2018). Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>
2. Ministerio de Agricultura de Chile. Consumo aparente de los principales alimentos en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2012. (Citado en julio de 2017). Disponible en: <http://www.odepa.gob.cl/odepaweb/publicaciones/doc/7004>
3. Instituto Nacional de Estadística (INE) de Chile. Bulletin of publications meat and cured meats. [Internet]. Santiago, Chile; 2013. (Citado en noviembre de 2017). Disponible en: http://www.ine.cl/docs/defaultsource/publicaciones/2014/informe_anual_agropecuarias_2013.pdf?sfvrsn=4
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones [Internet]. Washington, DC; 2019. (Citado en julio de 2017). Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51523/9789275320327_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Domínguez J, Guzmán J, Allende J. Reporte ChileCarne 2018 [Internet]. Santiago, Chile; 2019. (Citado en julio de 2017); p. 8-9. Disponible en: <http://www.chilecarne.cl/web2019/wp-content/uploads/2019/03/reporte-chilecarne-2018>
6. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. Etiquetado nutricional frontal de alimentos. Buenos Aires: Facundo Miranda; 2018. p.5.
7. Fundación Alimentum en colaboración con Instituto de Formación Integral. Implementación del Sistema GDA'S/CDO en el sector de la comida y bebida española. CURSOFORUM S.L.U. Gobierno de España, Ministerio de Asuntos Rurales y Marinos; 2010. (Citado en noviembre de 2017). Disponible en: <http://www.eurocarne.com/daal?a1=informes&a2=guia-gda-cdo-alimentum>
8. Scapini V, Vergara C. El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile. Perfiles Económicos, 2017;3:7-33. ISSN 0719-756X.
9. Durán-Agüero S, Parra S, Smoked D, Castro P, Brignardello J, Riedemann K et al. Ley de alimentos: una mirada de los nutricionistas y estudiantes de nutrición y dietética de Chile. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2017 Dic (citado el 20 de diciembre de 2018); 21(4):327-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.21.4.366>
10. Ministerio de Salud de Chile. Regulación Sanitaria de Alimentos [Internet]. Santiago, Chile; 2017. (Citado en junio de 2017). Disponible en: <http://www.dinta.cl/wp-content/uploads/RSA-DECRETO-977-96-updated-25-de-mayo-201>
11. Garrido A, Teijón J. Bioquímica Estructural: Conceptos y tests. 2a ed. Madrid: TEBAR; 2009.
12. Greenfielf H, Southgate D. and FAO. Food composition data. 2nd. ed. Rome: B.A. Burlingame and U.R. Charrondiere; 2003. (Access date November 2017). Available at: <http://www.fao.org/3/a-y4705s>
13. Instituto de Salud Pública de Chile. Subdepartamento Laboratorio del Medio Ambiente y Determinación de proteínas: Equipo Kjeldahl, método automático. Sección Química de Alimentos y Nutrición, Gobierno de Chile; 2009. (Citado en junio de 2017). Disponible en: http://www.ispch.cl/lab_amb/met_analitico/doc/ambiente%20pdf/Proteina_en_equipo_autom%E1tico.pdf
14. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo de Chile. Determinación de la composición nutricional en quesos gouda, mantecoso y chanco y su contenido de sodio. Santiago, Chile; 2015. (Citado en noviembre de 2017). Disponible en: <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2015/11/Informe-estudio-de-quesos-del-SERNAC.pdf>
15. Urquiaga I, Lamarca M, Jiménez P, Echeverría G, Leighton F. ¿Podemos confiar en el etiquetado nutricional de los alimentos en Chile? Rev Méd Chile [Internet]. 2014. (Citado el 20 de diciembre de 2018);142(6):775-81. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000600012&lng=es
16. Bosquesi R, Camisa J, dos Santos F. Avaliação dos teores de proteínas e lipídios em barras protéicas. RBNE [Internet]. 2016. (Citado en noviembre de 2017); 10(55):24-30, ISSN 1981-9927. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewi49oG9wczmAHUhA9QKHxsGCKYQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.rbne.com.br%2Findex.php%2Frbne%2Farticle%2Fdownload%2F600%2F522&usg=AOvVaw1ZY5IJcYH aMxZegyRIR2Wl>
17. Domiciano C, Pereira R, Picinin C, Machado F, Angelis-Pereira M. Food bar labels: consumer behavior and veracity of the available information. BJFT [Internet]. 2017. (Citado en noviembre de 2017);21(0). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-6723.13116>
18. Feldman C, Murray D, Chavarria S, Zhao H. Menu label accuracy at a university's food services. An exploratory recipe nutrition analysis. Appetite [Internet]. 2015. (Citado en noviembre de 2017); 92:24-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.001>
19. Fitzpatrick L, Arcand J, L'Abbe M, Deng M, Duhaney T, Campbell N. Accuracy of Canadian Food Labels for Sodium Content of Food. Nutrients [Internet]. 2014. (Citado en noviembre de 2017); 6(8):3326-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145311/>



NIVELES DE ORIENTACIÓN EMPÁTICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SEDE SANTIAGO, CHILE

Cristóbal Abarca^{a*}

Ignacio Eltit^a

Juan Pablo Casas-Cordero^a

Alvaro Tolosa^a

Sebastián Bianchi^a

Ricardo Koch^a

Victor Navia^b

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

^bDocente Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 27 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 23 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: La empatía es una actitud que favorece la relación médico-paciente, mejora la adherencia al tratamiento, aumenta la comprensión de la patología y produce mayor satisfacción del paciente respecto a la atención recibida. **Objetivo:** Determinar el nivel de orientación empática de los estudiantes de 1° a 7° año de la Carrera de Medicina de la Universidad del Desarrollo y su relación con variables socio-demográficas. **Metodología:** Estudio cuantitativo descriptivo transversal. Previa firma de consentimiento informado y autorización de Comité de Ética de la Universidad, se realizó muestreo por conveniencia (n=428), considerando criterios de inclusión. Se aplicó cuestionario de variables sociodemográficas e Instrumento EEMJ (α de Cronbach 0,80 - 0,90), de 20 ítems y escala de *Lickert*. El puntaje máximo (140), se asocia a mayor orientación empática. El análisis de datos se realizó mediante SPSS, y para obtención de pruebas no paramétricas, Kruskal-Wallis y Mann-Whitney ($p < 0,05$). **Resultados:** El nivel de empatía obtenido en los cursos de 1° a 7° año fue 115, 118, 120, 117, 122, 113 y 114 respectivamente. Mujeres obtuvieron en promedio 119 puntos v/s hombres 115, diferencia estadísticamente significativa. Los estudiantes cuyos padres no son médicos, presentan en promedio 118 puntos (v/s 116 de estudiantes con padres médicos). **Discusión:** El nivel de empatía al iniciar la carrera es mayor que al término, con fluctuaciones hasta un *peak* en 5° año. **Conclusiones:** La empatía aumenta progresivamente, alcanzando un *peak* en 5° año, para luego disminuir. Mujeres y estudiantes sin padres médicos son más empáticos. El desafío es introducir cambios en la malla curricular que aseguren el desarrollo de esta habilidad a lo largo de toda la carrera.

Palabras clave: Empatía, Estudiantes de medicina, Facultades de medicina.

INTRODUCCIÓN

La empatía se define como la capacidad de percibir y entender las emociones de otras personas. En el contexto médico-paciente, Hojat la define como *"atributo cognitivo que envuelve una comprensión de experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente como individuo, combinado con la capacidad de comunicar esta comprensión al paciente"*¹. Variados estudios dan cuenta que la empatía favorece la relación médico-paciente², lo cual conlleva la elaboración de una mejor historia clínica, mejor adherencia al tratamiento, una mejor comprensión de la patología y una mayor satisfacción del paciente con respecto a la atención de salud recibida. Por otra parte, aquellos estudiantes que ejercieron mayores niveles de empatía, han mostrado mayor satisfacción con respecto a su propia vida. En la misma línea de asociación de variables psicosociales, se ha reportado que estudiantes con mayores calificaciones presentan niveles más altos de empatía³.

Lo mencionado anteriormente refleja la importancia que la empatía sea parte de la enseñanza que se les entrega a los estudiantes de

medicina^{2,4}. Al realizar una revisión de la literatura disponible, es escasa la información al respecto. Un estudio realizado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, que encuestó a 658 estudiantes de pregrado, concluyó que el mayor nivel de orientación empática, según la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), se obtuvo en el primer año de la carrera (puntaje 118) y el menor puntaje se obtuvo en cuarto año. Por otra parte, se observó que las mujeres son más empáticas que los hombres⁵.

En una revisión sistemática realizada por Neumann, en 10 de 18 artículos de investigación se determinó la disminución progresiva significativa de la empatía durante los años de formación médica, incluyendo mediciones tanto longitudinales, como transversales. En el mismo estudio, al analizar los resultados de 7 investigaciones en estudiantes de nivel de internado, éstos mostraron la misma tendencia a la disminución de la orientación empática. Solo uno de los estudios incluidos no reportó diferencias en los años de estudio⁶.

Respecto a la diferencia entre hombres y mujeres, en una investigación que evaluó la empatía en 237

*Correspondencia: cabarcac@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 20-24



estudiantes de medicina en Turquía, concluyó que los hombres tienden a ser menos empáticos. Este resultado se condice con los datos obtenidos en la investigación realizada por la Universidad de Lleida⁷.

Esquerda fue pionera en la evaluación del nivel de empatía asociado a variables sociodemográficas como: si el estudiante de medicina era hijo/a o no de padres médicos; si había tenido participación en voluntariados; la preferencia de series de TV con temáticas de salud; y, por último, si había tenido un amigo enfermo o no. En la investigación, la autora declaró que el objetivo de la realización de este cuestionario fue intentar asociar los niveles de empatía no solo al año de la carrera de medicina en el que se encuentran los estudiantes, sino también a variables que podrían alterar y verse asociadas a los distintos niveles de empatía. En este trabajo se obtuvo como resultado que son menos empáticos aquellos estudiantes que ven series de TV con temática de salud y los hijos/as de padres médicos. Por otra parte, obtuvieron mayor nivel de empatía aquellos con amigos enfermos y que habían participado de alguna actividad de voluntariado. Finalmente, se buscó definir ciertas variables modificables en los estudiantes de medicina, que permitieran mejorar la orientación empática⁸.

De acuerdo a los antecedentes presentados, surge en el equipo investigador la interrogante ¿Cuál es el nivel de orientación empática de los estudiantes de 1° a 7° año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo (CAS-UDD), y su relación con variables socio-demográficas? La hipótesis planteada es que la orientación empática de los estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina CAS-UDD disminuye mientras mayor sea el año de carrera que esté cursando. Además, se espera que las mujeres sean más empáticas que los hombres.

Luego de la obtención de los resultados, se espera difundir los hallazgos entre las autoridades de la Carrera y así evaluar su impacto en el plan curricular en un futuro estudio.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, de tipo transversal y observacional. La población del estudio estuvo compuesta por todos los estudiantes de la Carrera de Medicina CAS-UDD (n=594), pertenecientes a los cursos entre 1° y 7° año. La muestra por conveniencia se obtuvo de aquellos estudiantes que asistieron a clases el día de la realización de la encuesta (n=428). Cada estudiante firmó un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina CAS-UDD. No se utilizó criterios de exclusión, para así poder evaluar la variable de interés en el mayor número de estudiantes posible. Los estudiantes fueron encuestados durante el mes de octubre del 2016., de manera anónima y

voluntaria. Los encargados de recolectar y almacenar los datos no fueron los mismos que encuestaron a los estudiantes, lo cual apoya la idea del anonimato. Además, quienes realizaron la evaluación estadística solo recibieron los datos totales, para que así se valide aún más el procedimiento. Los cursos de primero hasta quinto año fueron encuestados en sus respectivas salas de clase. Para los estudiantes de 6° y 7° año, la encuesta se aplicó en el Hospital Padre Hurtado, lugar en el que se realiza la habilitación profesional de la carrera.

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico especialmente diseñado, utilizando como referente el estudio previo de Esquerda et al.⁸, por lo que se recogieron los siguientes datos: género, región de origen, padres médicos, participación en voluntariados, si veía alguna serie médica, razón por la cual estudió medicina (influencia familiar, vocación de servicio, beneficio económico o afición por las ciencias biológicas), estudio previo de alguna carrera de la salud y, por último, edad en que tomó la decisión de ser médico.

Para medir la empatía se utilizó la EEMJ, en su versión S, elaborada por la Universidad de Jefferson en base a diferentes estudios realizados por esta misma institución, y que se encuentra actualmente validada y adaptada culturalmente para Chile⁹. La escala contiene en un cuestionario de 20 afirmaciones, con posibilidad de respuestas tipo *Lickert*, asignando un puntaje de 1 a 7 según qué tan de acuerdo están con cada afirmación, siendo 1 “muy en desacuerdo” y 7 “muy de acuerdo”. El puntaje mínimo es 20 y el máximo 140. Además, está altamente validada en su elaboración (α de Cronbach entre 0,80 y 0,90)^{1,10}. A todos los estudiantes de un mismo curso se les aplicó ambos instrumentos en un mismo momento.

Los datos obtenidos se analizaron utilizando el software IBM SPSS, y se sometieron a una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en los 10 factores considerados en el estudio. Debido a la ausencia de normalidad en la distribución de las distintas variables, se aplicaron pruebas no paramétricas, específicamente Kruskal-Wallis para la variable curso y Mann-Whitney para las variables restantes. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se aplicó la encuesta al 72% de la población total de estudiantes de Medicina UDD (n=428 estudiantes). De esta muestra, el 54% pertenece al sexo femenino (197 sexo masculino y 231 sexo femenino). El mayor número de estudiantes encuestados pertenecen a 1° y 4° año de la carrera (81 en cada curso), mientras que el número menor corresponde a los estudiantes de 5° y 7° año (33 y 35 respectivamente). El 77,8% de los estudiantes encuestados reporta tener padres médicos (333



estudiantes, v/s 95 estudiantes sin padres médicos) (Tabla 1).

Los niveles de empatía evaluados en los estudiantes de medicina variaron entre 105 y 125,9 puntos, con una mediana de 117 puntos. El nivel de empatía de los estudiantes que ingresan a primer año es 115 puntos, valor que aumenta en 2° y 3° año de la carrera, hasta alcanzar un puntaje de 118 y 120 respectivamente. Al 4° año de la carrera, el puntaje disminuye a 117, para luego llegar al máximo obtenido en 5° año con 122 puntos. Al iniciar el internado en 6° año, el puntaje desciende al mínimo de la carrera con 113, y los estudiantes finalizan el 7° año con 114 puntos (Tabla 1).

Tabla 1. Año de la carrera de medicina y nivel de empatía de estudiantes

Variable año de estudio	Encuestados (n=428)	Porcentaje	Nivel de empatía (puntos)
1° año	81	18,9%	115
2° año	67	15,7%	118
3° año	70	16,4%	120
4° año	81	18,9%	117
5° año	33	7,7%	122
6° año	61	14,3%	113
7° año	35	8,2%	114

Nivel de Significancia <0.000

La diferencia entre sexo femenino y masculino (119 y 115 puntos respectivamente), es estadísticamente significativa ($p < 0.000$, Tabla 2).

Tabla 2. Sexo y nivel de empatía de estudiantes

Variable sexo	Encuestados (n=428)	Porcentaje	Nivel de Empatía (puntos)
Masculino	197	46%	115
Femenino	231	54%	119

Nivel de Significancia <0.000

Los estudiantes que no tienen padres médicos resultaron ser más empáticos, con 118 puntos en la escala de Jefferson, contra los 116 puntos que obtuvieron los hijos de padres médicos ($p < 0.05$) (Tabla 3).

Respecto al resto de los antecedentes psicosociales, no resultaron ser significativos en la puntuación de la EEMJ los siguientes: región de origen del estudiante, preferencia por series de TV de contenido médico, haber participado en voluntariados o haber estudiado previamente una carrera de la salud.

Tabla 3. Antecedente de padres médicos y nivel de empatía de estudiantes

Variables padres médicos	Encuestados (n=428)	Porcentaje	Nivel de empatía (puntos)
Si	95	22,2%	116
No	333	77,8%	118

Nivel de Significancia <0.05

DISCUSIÓN

La tendencia de los resultados obtenidos al realizar la comparación entre los estudiantes de los distintos años de la carrera de medicina, muestran que el nivel de empatía al iniciar la carrera es mayor que al término de esta. Esto coincide con lo encontrado en la literatura^{5,11,12}, tal como se esperaba al inicio del estudio. Sin embargo, no se observó una disminución gradual y constante a través de los cursos, más bien, se aprecian fluctuaciones con ascensos y descensos hasta el *peak* en 5° año, para llegar a los niveles mínimos hacia el final de la carrera.

Sería interesante poder evaluar si hay algún curso, ramo o asignatura al cual se le pueda adjudicar, por ejemplo, el *peak* presentado en 5° año de carrera. En la Facultad de Medicina CAS-UDD, se imparten cursos que buscan mejorar el desarrollo de la orientación empática. Estos cursos son impartidos entre 1° y 4° año de la carrera, a través de actividades teóricas y prácticas con pacientes simulados, las que podrían explicar que, al llegar a 5° año, se presente el mayor nivel de orientación empática. Destaca el hecho de que en 6° y 7° año de la carrera hay un descenso importante de los niveles de empatía, alcanzando los niveles más bajos de los distintos cursos. Esta disminución de niveles de orientación empática en niveles superiores podría deberse a la complejidad de los procedimientos clínicos y altas demandas técnicas, las que llevan al estudiante a enfocarse más en sus propias necesidades que en las del paciente¹³. Otra hipótesis interesante es que, al tener mayor contacto con pacientes, sus enfermedades y como estas repercuten en su vida, los estudiantes tiendan a mirar a los pacientes exclusivamente como enfermedades, más que como personas², hipótesis interesante de investigar en futuros estudios.

Otro elemento a considerar respecto al incremento de la orientación empática de los alumnos de 3° año, es que los estudiantes toman contacto con los pacientes sin la carga académica del período de internado (6° y 7° año), lo que favorece la interacción médico-paciente desde un ámbito más psicosocial y emocional. El aumento también podría deberse al rol que cumplen los tutores clínicos durante el 3° año, que potencian en los estudiantes el cumplimiento de objetivos básicos en torno a la relación médico-paciente, a diferencia del período de internado, cuyos



objetivos primordiales son aspectos técnicos y teóricos de la relación médico-paciente^{3,5}.

Al comparar niveles de orientación empática entre hombre y mujeres, los resultados obtenidos coincidieron con la literatura revisada. El puntaje resultó ser favorable para las mujeres, por lo que se confirma lo planteado en la hipótesis^{1,14-17}.

Otro hallazgo relevante es la de estudiantes con padres médicos, quienes resultaron ser significativamente menos empáticos que aquellos estudiantes sin padres médicos, resultado que también concuerda con la literatura revisada⁸.

Los resultados demuestran que los estudiantes de medicina de último año presentan una menor empatía que los de 1° año, hecho que plantea la necesidad de revisar la formación empática de los estudiantes, que, de acuerdo a la literatura revisada, repercute directamente en la relación médico-paciente, provocando consecuencias como la baja calidad de los datos obtenidos, disminución de la capacidad diagnóstica y aumento de tasas de malos entendidos y demandas⁵.

Las limitaciones de la investigación se relacionan con el muestro por conveniencia, ya que sólo se entrevistó a los estudiantes asistentes a clases y con voluntad de participar, lo cual eventualmente podría ser un sesgo dada las características de los estudiantes no asistentes, lo que podría afectar el análisis de los datos. A su vez, este estudio fue realizado solo de manera transversal y no compara a los mismos individuos a través de los años, por lo que se sugiere en el futuro realizar un estudio longitudinal para un mayor análisis. Por último, el estudio busca solo demostrar asociación y no causalidad, lo que requeriría un nuevo tipo de estudio y mayor análisis.

CONCLUSIÓN

Se logró determinar los niveles de empatía en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Medicina UDD-CAS, y su relación con algunas variables sociodemográficas. Los resultados permiten analizar por nivel de formación la enseñanza de la empatía al interior de la Facultad de Medicina CAS-UDD, y permite comparar los resultados con otras facultades, tanto a nivel nacional como internacional. Se pueden tomar medidas y generar cambios que resulten en un aumento de los niveles de empatía de los estudiantes a lo largo de la carrera, responsabilidad que, sin duda, corresponde a la comunidad educativa.

Este estudio representa una primera aproximación que permite elaborar, como propuestas de futuro, estudios sobre la influencia específica de alguna intervención o formación en la empatía, así como estrategias concretas de abordaje del estrés empático, como uno de los factores de riesgo en el desarrollo profesional.

Por último, es importante continuar evaluando cómo se comportan la empatía de los estudiantes de otras casas de estudio, para así poder comparar

dentro de las distintas facultades del país. Además, sería interesante tratar de buscar la causa del descenso de empatía observado a lo largo de los años.

Agradecimientos

A la Facultad de Medicina CAS - Universidad del Desarrollo y a los estudiantes que participaron del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002;77(10 SUPPL.):58-60.
2. Ogle J, Bushnell JA, Caputi P. Empathy is related to clinical competence in medical care. *Med Educ*. 2013;47(8):824-31.
3. Wang Q, Wang L, Shi M, Li X, Liu R, Liu J, et al. Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):1-10.
4. Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H. El médico del futuro. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(8):363-8.
5. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22(10):1434-8.
6. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. Vol. 86, *Academic Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2011. p. 996-1009.
7. Dehning S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck M. Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia: Steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Med Educ*. 2012;12(1).
8. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. 2016;48(1):8-14.
9. Rojas-Serey AM, Castañeda-Barthelemiez S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educ Medica*. 2009;12(2):103-9.
10. Alcorta-Garza A, Tavitas-Herrera SE, González-Guerrero JF, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validity and reliability of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Mexican medical students. *Salud Ment*. 2005;28(5):57-63.
11. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
12. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*. 2011;2:12-7.



13. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ.* 2005;69(3):338-45.
14. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002;36(6):522-7.
15. Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Med Educ.* 2007;41(7):684-9.
16. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: Psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med.* 2009;84(9):1192-7.
17. Rosenthal S, Howard B, Schluskel YR, Herrigel D, Smolarz BG, Gable B, et al. Humanism at heart: Preserving empathy in third-year medical students. *Acad Med.* 2011;86(3):350-8.



LIDERAZGO DE ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR EL DESARROLLO CIENTÍFICO EN EL PREGRADO: EXPERIENCIA SEMANA I UDD

Julissa Rojas^{aa}
Constanza López^a
Daniela Dattwyler^a
Antonia Cruzat^a
Catalina Merino^b
Bárbara Muñoz^b

^aEstudiante de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

^bDocente Equipo Investigación Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 10 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 31 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: La *Semana i* de Universidad del Desarrollo es una actividad en la que estudiantes de pregrado de diversas carreras asumen desafíos académicos propuestos por sus docentes, con el objetivo de fortalecer el desarrollo de competencias a través de la interdisciplina. **Objetivo:** Describir el desarrollo científico y la innovación basada en ciencias a partir de la participación de estudiantes en *Semana i*. **Metodología:** Estudio cualitativo, tipo fenomenológico, con muestreo por conveniencia. Luego de firmar consentimiento informado y cautelar requisitos éticos, se realizaron entrevistas semiestructuradas a egresados UDD de 4 carreras de la Salud, Ingeniería, Publicidad y Arquitectura. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, codificadas y presentadas como esquema, desde la interdisciplina. **Resultados:** Se identificaron diversas oportunidades y necesidades para potenciar el desarrollo científico en los estudiantes. Se menciona la importancia de aumentar la visibilidad del área de investigación en las diversas carreras de pregrado UDD. Se releva el valor del aprendizaje basado en experiencia como una estrategia optimizable y necesaria de difundir. **Discusión:** El tiempo estimado para transcribir las entrevistas fue excesivo y se requiere de alta experticia para realizarla. Los resultados difieren sobre difusión del desarrollo científico en la UDD, en comparación con información existente sobre universidades extranjeras. **Conclusiones:** Existen falencias a nivel universitario en el ámbito de impulsar, guiar y difundir el desarrollo científico. La innovación basada en ciencia se percibe como necesaria y útil para el futuro laboral. **Palabras clave:** Estudiante, Investigación interdisciplinaria, Aprendizaje, Innovación, Liderazgo.

INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta a continuación nace de la idea de cuatro estudiantes de pregrado de la Carrera de Kinesiología de la Universidad del Desarrollo, con la inquietud de participar y conocer, junto a sus profesoras del área de investigación, creencias y percepciones de los estudiantes de diferentes facultades, sobre el desarrollo científico en pregrado y en su futuro laboral. Además, la motivación nace también por el entusiasmo y proactividad de querer saber más y realizar actividades de forma extracurricular a las tareas puntuales dentro de la carrera. Por otra parte, las estudiantes de kinesiología, desde cursos tempranos, visualizaron la oportunidad de destinar parte de su futuro laboral a la investigación y docencia, lo cual se ha convertido en una gran meta que desearían encaminar desde el pregrado.

Los temas que se mencionan a lo largo de este artículo y el propósito de realizarlo, tienen gran relevancia, ya que son parte de lo que a nivel mundial se está implementando en la enseñanza superior, y que además se espera para los profesionales en el ámbito laboral y el trabajo en equipo. Dentro de la Universidad del Desarrollo, Sede Santiago, durante los días 8, 9 y 10 de mayo de 2019, se realizó la

Semana i, actividad que integra y reúne a toda la comunidad universitaria en distintas actividades. Se realiza a partir de desafíos dirigidos a estudiantes, los cuales son propuestos por docentes de la universidad y/o empresas e instituciones, para fortalecer el desarrollo de competencias a través de la interdisciplina y colaboración¹.

El desafío seleccionado para esta investigación se encuentra dentro de la categoría educación, y se denominó “¿Te sientes preparado para realizar innovación basada en ciencias?”. Dentro de este desafío se abordó temáticas como el desarrollo científico, la interdisciplina y el liderazgo, las cuales fueron puestas a prueba durante los días del desafío, luego analizadas y posteriormente fundamentadas y contrastadas con la literatura disponible para obtener resultados de calidad. Se consideró para llevar a cabo el desafío la perspectiva del desarrollo basado en ciencias, que desde el área de innovación se define como el proceso de innovación e implementación de nuevos modelos de negocios, aplicaciones, actividades, procesos o productos para la creación de valor².

En Latinoamérica y el Caribe, la investigación ha cambiado cada vez más su foco, con el fin de

*Correspondencia: jurojasl@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 25-29



globalizar y no ser exclusiva del sector salud, sino que también, abarcar de forma más amplia las soluciones, aportes, determinantes sociales y áreas del conocimiento para ir más allá. Todo esto a través de cambios en las agendas nacionales, con una mirada integral de los temas de salud, actualizaciones en las políticas de investigación para la salud y nuevos enfoques biomédicos que promuevan descubrimientos y conocimientos para atender las necesidades y falencias en salud e introduzcan innovaciones para el progreso³. Internacionalmente, estudios del área concluyen que, se hace imperante experimentar e innovar con participación interdisciplinar, siendo estas innovaciones soluciones reproducibles para un mayor impacto en el sistema de salud⁴.

Existen diversos análisis sobre el tema, concentrándose, la mayoría, en medicina. Según un estudio del año 2010, la investigación y publicación científica es altamente importante para el desarrollo de los estudiantes de medicina para practicar la medicina basada en evidencia, definida como el conocimiento que emana del desarrollo científico, e incluye la participación de los médicos en investigación⁵. Se plantea en el artículo que para ellos puede ser difícil publicar una investigación, debido a que se presentan problemas tales como un mal asesoramiento docente, falta de estudios rutinarios, falta de tiempo debido a la sobrecarga académica, deterioro en habilidades científicas y manejo inadecuado de la metodología de la investigación. Una solución abordada fue la creación de revistas científicas, para crear y expresar las ideas de estudiantes de medicina de Latinoamérica, lo que se transformó en una oportunidad para comprometer a los estudiantes con la investigación⁵.

En Chile, el estímulo para desarrollar proyectos de innovación recae, casi en su totalidad, en el Estado, que a través de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) y sus programas otorga el financiamiento necesario. No obstante, es escaso el financiamiento destinado a estudios vinculados a la salud, lo que demuestra la falta de recursos para la investigación e innovación, además de no promover estas áreas desde la educación básica, no incentivar la curiosidad de universitarios al implementar las novedades de otros países y tampoco darle un real valor formativo dentro del aprendizaje².

Contar con la percepción de los docentes de colegios, institutos y universidades frente a estos procesos de investigación e innovación en el aprendizaje es sumamente importante, ya que finalmente son ellos quienes darán paso en los distintos ciclos de enseñanza a la motivación por estas áreas. Según algunos estudios, son los profesores los que perciben que no hay apoyo institucional, argumentando una falta de recursos para formación continua. Además, se plantea que

falta corregir los contenidos que ofrecen los postgrados y diplomados, además del escaso tiempo disponible^{6,7}.

Es importante considerar la definición y diferencias entre los conceptos de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad para incorporarlos efectivamente al desarrollo científico. Según la Real Academia Española (RAE), interdisciplinario se define como lo dicho de un estudio o de otra actividad; que se realiza con la cooperación de varias disciplinas⁸, mientras que multidisciplinario se refiere a lo que abarca o afecta a varias disciplinas⁹. Ambos conceptos se han utilizado, por ejemplo, en temáticas de contingencia como el cambio climático, que requiere de respuestas fundamentadas en grandes estudios, pensamiento flexible e intuición diversa, de la mano con la multidiscipliplina e interdisciplina.

Para la investigación como tal, la interdisciplina debería ser considerada una estrategia pedagógica en la educación superior, la que debiese ser constantemente evaluada¹⁰. Su inclusión se traduce en ventajas como la entrega diferentes visiones y perspectivas a una misma investigación, y la potenciación y objetivación de los resultados obtenidos¹¹.

En un estudio que investigó acerca de la sensación de sentirse preparado para realizar innovación basada en ciencia, se concluyó que el poder de liderazgo y motivación dentro de un grupo diverso transforma indicadores de bienestar propio, aspectos psicológicos y afectivos¹², lo que resulta al menos llamativo para replicar experiencias como estas en el contexto local. Un liderazgo transformador se puede aplicar en ámbitos como el laboral y el de educación temprana, y ofrece un espacio de confianza entre el grupo y su líder. Se propicia cuando el grupo observa características particulares en quién los guía, el que a su vez evita la segregación y la competencia, que finalmente son barreras para un buen proceso de trabajo en equipo. Esta nueva forma de ver y evaluar el trabajo, genera un aumento significativo en puntos clave del desempeño, la eficiencia y cumplimiento de tareas¹³⁻¹⁵.

Considerando todos los antecedentes presentados, el objetivo de la presente investigación es potenciar el desarrollo científico de estudiantes durante el pregrado en la UDD, con el propósito de identificar la investigación como una herramienta útil para innovación basada en ciencias. Se espera, además, poder dar paso a futuros cambios y estrategias que sirvan de cimiento del conocimiento, junto al desarrollo integral de los sellos del futuro profesional.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, con muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se seleccionó a la muestra mediante contacto



directo con los estudiantes egresados. El protocolo que se utilizó fue contactar a los egresados vía telefónica para acordar el día y hora de reunión para una entrevista presencial. Posterior a la firma de consentimiento informado, se explicó el objetivo de la entrevista y se aclararon dudas. Se contactó a un total de cuatro egresados de la universidad, a los que se caracterizó por edad, profesión, trabajo actual y año de egreso.

Se utilizó un guion entrevista semiestructurado confeccionado por las investigadoras, dado que con esta metodología se obtienen los datos de la interacción propia con el investigador para averiguar más a fondo el fenómeno de interés¹⁶. Además, otorga mayor flexibilidad a las preguntas por la capacidad de adaptación, y su posterior análisis profundiza en los contenidos que emergen, resultando muy enriquecedor para la investigación en salud¹⁷. Se utilizaron grabadoras de teléfonos celulares y cuadernos o *tablets* para notas de campo. En la transcripción se utilizó codificación abierta y triangulación de datos, con el fin de interpretar las ideas. Después, se procedió a analizar los resultados, para finalmente realizar un envío del material a los egresados entrevistados vía correo electrónico.

Los criterios de rigor como credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad fueron respetados al mantener notas de campo durante las entrevistas y al discutir entre las investigadoras el propio comportamiento y experiencias. Además, las transcripciones y posterior análisis, se realizaron de manera textual a partir de las entrevistas, para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio. Por último, las investigadoras discutieron sus interpretaciones con otros investigadores.

Todos los principios éticos en investigación con personas se respetaron (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia). Se solicitó previamente a los egresados su disponibilidad, se les explicó la confidencialidad de los datos y ningún egresado fue perjudicado producto del estudio.

RESULTADOS

Los cuatro entrevistados poseen entre 25 y 29 años. Sus profesiones son ingeniero civil industrial, arquitecto, publicista y kinesiólogo. Actualmente, se desempeñan laboralmente en áreas como la inmobiliaria, docente (ayudante de taller), radio y gestión universitaria. Todos ellos son egresados de la UDD entre los años 2013 y 2017.

Se identificaron dos unidades temáticas, las que corresponden a *percepciones* y *creencias*. Cada una de ellas se describió mediante cuatro unidades conceptuales, siendo identificadas dentro de las percepciones: a) las unidades de herramientas, b) visibilidad, c) enfoque de las asignaturas y d) malla curricular, mientras que, en la unidad de creencias, se identificaron: a) temáticas de innovación, b)

motivación, c) espacios que existen dentro de la universidad y d) la interdisciplina (Figura 1).

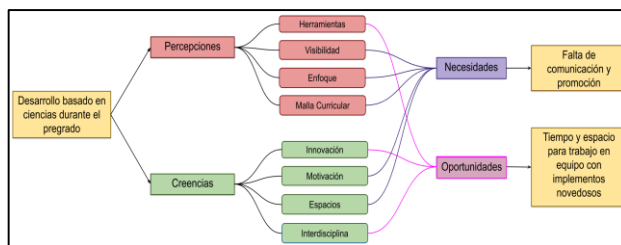


Figura 1. Unidades conceptuales y sus correspondientes unidades temáticas.

Respecto a la primera unidad temática, las herramientas fueron definidas como instrumentos existentes para el uso del aprendizaje, las cuales se relacionan con la infraestructura y espacios de la UDD. Un ejemplo de esto es lo mencionado por el entrevistado 1, quién menciona “...agregaría herramientas que fueran más cercanas a los alumnos, mm... [sic] quizás tener la opción de...utilizar emm... [sic] no sé, espacios especialmente diseñados para estudio o investigación que se ven de primer a último año en las carreras...”

La visibilidad fue definida por los entrevistados como la posibilidad de conocer lo que está sucediendo fuera y dentro de la universidad, como las propias investigaciones de los profesores. Lo anterior se puede ver representado en la siguiente cita “...que no necesariamente tenga que estudiar un diplomado o hacer un curso o hacer un magíster o doctorado pa... [sic] poder conocer esto, sino que... que la universidad tome sus alumnos y les informe... oye mira, salió un curso nuevo de innovación y tecnología ¿te gustaría participar? hay tres cupos disponibles, por ejemplo.”

El enfoque de las asignaturas se refiere a cómo se muestran e imparten las diferentes asignaturas dentro de las carreras, lo que se puede ver representado en la siguiente cita “...me hubiese gustado tener un par de cursos más instructivos respecto a la investigación em... emm... [sic] sectorizado por decirlo así, o enfocado a lo que yo estudié...”

La malla curricular se relaciona con lo mencionado anteriormente, y los exalumnos perciben que los programas de cada asignatura requieren de cambios para adaptarlos y fomentar el desarrollo científico.

Respecto a la segunda unidad temática, la innovación se refiere a las nuevas tecnologías que existen, lo que se puede ver representado en la siguiente cita “...aprovecharía más la tecnología que tenemos hoy en día, como, por ejemplo, la realidad virtual, que podamos el día de mañana en la salud poder tener acceso a esta realidad virtual que ya existe y es factible cierto... en otros países que son más desarrollados que nosotros...”

La motivación se puede ver representada en la siguiente cita “...los profesores no tenían como esas ganas de que realmente nosotros aprendiéramos y que no fuéramos un número más dentro de la sala...”

Los espacios que existen dentro de la universidad también se consideran, además de percepciones, como creencias, ya que los exalumnos piensan que podrían haberse utilizado mejor para las distintas actividades UDD.

Finalmente, la interdisciplina es un concepto transversal a todas las temáticas, ya que los entrevistados consideran que es algo relevante para llevar a cabo cualquier cambio en el aprendizaje hoy en día dentro de la universidad.

Luego del análisis de contenido, se puede resumir los hallazgos en dos conceptos. En primer lugar, las *necesidades*, descritas en esta investigación como la falta de comunicación y promoción de las instancias de investigación existentes para realizar innovación dentro de la UDD, y, en segundo lugar, las *oportunidades*, descritas como el tiempo y espacio para realizar trabajos en equipo de manera novedosa. Lo anterior fue mencionado como una oportunidad de desarrollo profesional, lo que permite responder al objetivo general. La definición de cada unidad conceptual se puede visualizar en la Tabla 1.

Tabla 1. Unidades conceptuales y sus correspondientes unidades temáticas

Unidad conceptual	Definición	Unidad temática
Percepciones	Sensación interior sobre algún hecho o vivencia material durante pregrado	Herramientas Visibilidad Enfoque Malla Curricular
Creencias	Pensamiento subjetivo sobre algún acontecimiento durante su pregrado	Innovación Motivación Espacios Interdisciplina
Necesidades	Aquello de lo que es imposible sustraerse y está impidiendo el progreso del desarrollo científico	Falta de comunicación y promoción
Oportunidades	Circunstancia conveniente para el avance del desarrollo científico	Tiempo y espacio para trabajo en equipo con implementos novedosos

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación realizada tienen una gran relevancia en el ámbito de la investigación, debido a que otorga una visión de la

percepción que tienen los egresados respecto de la manera en que la universidad plantea las oportunidades y potencia herramientas que los estudiantes tienen para desarrollarse, así como también, para poder mejorar aspectos que presentan déficit, tales como la promoción y el enfoque de la investigación, herramientas para impulsar y motivar tanto a los profesores, como estudiantes dentro de la universidad. Se cumplieron todos los objetivos planteados y se pudo llegar a conclusiones que concuerdan con la literatura revisada^{4,5,7,14}, que mencionan la falta de herramientas en investigación, la escasa inclusión de la temática en las mallas curriculares, la falta de motivación de docentes, entre otras.

CONCLUSIÓN

La investigación y la innovación son uno de los pilares fundamentales de la visión y misión de la UDD. Luego de realizar la presente investigación se pudo concluir que existe un déficit para impulsar, guiar y difundir posibilidades en el ámbito de la investigación, ya que los egresados entrevistados desconocen los espacios disponibles para realizarla. Si bien algunos de ellos mencionaron tener conocimiento de algunas de las instancias que existen para desarrollar investigaciones e innovaciones, existe una falta de información y difusión respecto de los diversos proyectos que se están desarrollando por parte de los docentes como de los estudiantes.

De esta forma, se concluye que es muy relevante abrir instancias relacionadas con la investigación tanto para el estudiantado como para los egresados, y así dar curso a iniciativas de distintos profesionales a través de la interdisciplina, enfoque muy común en diversos ámbitos laborales. Se mencionó también, de manera potente, la inexistencia de instancias de investigación dentro del pregrado, que permitiría entregar nuevas herramientas para que los egresados pudiesen utilizarlas dentro de su labor profesional, acercándose a la práctica basada en evidencia.

Dentro de las limitaciones que se presentaron durante la realización de la investigación, fue el establecimiento del contacto con las personas a entrevistar, debido a que la posibilidad de reunión para realizar la entrevista dependía de tiempo libre que disponía la persona y de la facilidad del equipo investigador, en algún lugar cómodo para llevarla a cabo. Otra limitación identificable fue el tiempo disponible, tanto para la realización de la entrevista, como de la transcripción y codificación de ésta, que tardó más tiempo de lo estimado previamente.

Al ser ésta una investigación sin fuente de financiamiento, es muy factible plantear su realización en otras instituciones universitarias al alero de un proyecto o fondo concursable que amplíe su alcance, lo que se transforma en una limitación a

la hora de extrapolar los hallazgos de la presente investigación. Sería de gran utilidad conocer la realidad nacional en este ámbito y poder impulsar esta área en futuros proyectos o estudios innovadores, tanto de salud como de otras disciplinas, que puedan aportar a la sociedad y generar cambios positivos en los futuros profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad del Desarrollo. Semana i UDD [Internet]. Santiago, Chile [citado el 28 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://semanai.udd.cl/>
2. Santelices B, Jund F, Cooper T, Asenjo JA. Innovación basada en conocimiento científico [Internet]. Santiago, Chile: Academia Chilena de Ciencias; 2013 [citado el 19 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.innovacion.cl/wp-content/uploads/2014/03/Innovacion_web.pdf
3. Cuervo LG, Bermúdez-Tamayo C. Desarrollo de la investigación para la salud en Latinoamérica y el Caribe. Colaboración, publicación y aplicación del conocimiento. Gac Sanit [Internet]. 2018 [citado el 19 de abril de 2019];32(3):206-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911118300475>
4. Tilson JK, Mikan S, Howard R, Sum JC, Zibell M, Cleary L, et al. Promoting physical therapists' use of research evidence to inform clinical practice: part 3 – long term feasibility assessment of the PEAK program. BMC Med Educ [Internet]. 2016 [citado el 17 de noviembre de 2018];16(1):144. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27176726>
5. Cabrera-Samith I, Oróstegui-Pinilla D, Ángulo-Bazán Y, Mayta-Tristán P, Rodríguez-Morales AJ. Revistas científicas de estudiantes de medicina en Latinoamérica. Rev Med Chil [Internet]. 2010 [citado el 19 de abril de 2019];138(11):1451-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Díaz C, Solar MI, Soto V, Conejeros M. Las percepciones de los profesores respecto a la investigación e innovación en sus contextos profesionales. Rev Actual Investig Educ [Internet]. 2015 [citado el 27 de agosto de 2019];15(2):202-32. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-47032015000200009&lang=es
7. Díaz C, Solar MI, Soto V, Conejeros M. Formación docente en Chile: percepciones de profesores del sistema escolar y docentes universitarios. Civilizar [Internet]. 2015 [citado el 27 de agosto de 2019];15(28):229-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532015000100016&lang=es
8. Real Academia Española. Interdisciplinario(a), definición de [Internet]. España: Edición del Tricentenario; 2018 [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=LtY2zG5>
9. Real Academia Española. Multidisciplinario(a), definición de [Internet]. España: Edición del Tricentenario; 2018 [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=Q46DgdG>
10. Carvajal Y. Interdisciplinariedad: desafío para la educación superior y la investigación. 2010 [citado el 27 de agosto de 2019]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>
11. Weston CM, Terkowitz MS, Ford DE. 2553 Authors' perceptions of the interdisciplinarity of their research. J Clin Transl Sci [Internet]. 2018 [citado el 27 de agosto de 2019];2(S1):5-5. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2059866118000493/type/journal_article
12. Perilla-Toro LE, Gómez-Ortiz V, Perilla-Toro LE, Gómez-Ortiz V. Relación del estilo de liderazgo transformacional con la salud y el bienestar del empleado: el rol mediador de la confianza en el líder. Rev Psicol del Trab y las Organ [Internet]. 2017 [citado el 27 de agosto de 2019];33(2):95-108. Disponible en: <http://journals.copmadrid.org/jwop/article.php?id=e8b1c0d05f6e6a358a81dee52493dd06>
13. Omar A, Salessi S, Urteaga F. Liderazgo, confianza y flexibilidad laboral como predictores de identificación organizacional: un estudio con trabajadores argentinos. Pensam Psicológico [Internet]. 2016 [citado el 27 de agosto de 2019];14(2):33-47. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamienpsicologico/article/view/1232>
14. Trógolo MA, Pereyra AP, Sponton C. Impacto de Diferentes Estilos de Liderazgo Sobre el Engagement y Burnout: Evidencia en una Muestra de Trabajadores Argentinos. Cienc Trab [Internet]. 2013 [citado el 27 de agosto de 2019];15(48):152-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492013000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Hermosilla D, Amutio A, da Costa S, Páez D. El Liderazgo transformacional en las organizaciones: variables mediadoras y consecuencias a largo plazo. Rev Psicol del Trab y las Organ [Internet]. 2016 [citado el 27 de agosto de 2019];32(3):135-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576596216300159>
16. Chárriez Cordero M. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. Rev Griot [Internet]. 2012 [citado el 23 de agosto de 2019];5(1). Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775>
17. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud Interview: a practical guide for qualitative data collection in health research. Rev Fac Med [Internet]. 2017 [citado el 26 de mayo de 2019];65(2):329-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>



CUMPLIMIENTO DE GUÍAS ALIMENTARIAS EN MENORES DE 2 AÑOS EN AMÉRICA DEL SUR ENTRE 2000 Y 2018: UNA REVISIÓN PANORÁMICA

Trinidad Lira^{a*}

Camila Mathieu^a

^aEstudiante de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 25 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 31 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: La alimentación adecuada en edades tempranas es fundamental para el desarrollo integral de los individuos. **Objetivo:** analizar recomendaciones y cumplimiento de guías alimentarias para menores de dos años de América del Sur. **Métodos:** Se realizó una revisión panorámica de artículos en Pubmed, Scielo, EBSCO, MEDLINE, LILACS, CINAHL, Academic Search Ultimate y Fuente Académica Plus, sitios web gubernamentales oficiales, de instituciones internacionales (OMS, ESPGHAN, FAO) y Open Grey, entre los años 2000-2018, en inglés, portugués y español. **Resultados:** Perú se encuentra dentro de los países con mayor tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (65%) y Surinam posee la menor de ellas (3%). Todos los países recomendaron iniciar alimentación complementaria a los 6 meses, difiriendo en la edad de introducción de distintos alérgenos. A partir del año se recomienda la incorporación a la alimentación del hogar. Obesidad, desnutrición y anemia son los principales problemas nutricionales de la Región. **Conclusión:** Se logró cumplir con el objetivo planteado. 7 países de la Región presentan guías alimentarias. Sin embargo, no se encontró suficiente evidencia que evalúe su cumplimiento. La tasa de lactancia materna exclusiva varía según país.

Palabras clave: Lactancia materna, Alimentación suplementaria, Estado nutricional, Lactante, Guías alimentarias.

INTRODUCCIÓN

Los primeros 1000 días abarcan desde la gestación hasta los dos años de un menor, y constituyen uno de los principales determinantes del desarrollo y crecimiento de los niños¹. Al incluir el embarazo, es evidente que los hábitos de la madre repercuten de manera directa en un desarrollo íntegro del niño en gestación, dado que la cantidad y calidad de los nutrientes entregados para el individuo en desarrollo pueden condicionar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) a futuro^{2,3}.

Al ser tan importante la alimentación en esa etapa de la vida, se hace necesario contar con recomendaciones que orienten la formación de hábitos saludables. Estas se conocen como guías alimentarias, y se definen como un conjunto de mensajes educativos que adaptan los conocimientos científicos sobre alimentación y actividad física a las necesidades de la población general⁴. Estas recomendaciones consideran la situación de salud y los factores socio-culturales que afectan a cada país⁴, siendo estructuradas por grupos de edades específicos.

Al momento del nacimiento, se sugiere iniciar lo antes posible la lactancia materna, alimentación que se ajusta a las necesidades nutricionales del menor⁵. La recomendación es que ésta sea exclusiva hasta el 6° mes de vida, siempre y cuando no haya contraindicaciones (por ejemplo, virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis C, mastitis severa o uso de fármacos opioides)⁵⁻⁷. Posterior a éste período, la recomendación es iniciar la alimentación complementaria, ya que la lactancia se vuelve

incapaz de cubrir todas las necesidades nutricionales del lactante⁸.

La introducción de los distintos alimentos está establecida de acuerdo con la edad y tipo de alimento. En líneas generales, las guías postulan una introducción progresiva, comenzando con las frutas, verduras, cereales, aceites, carnes y tubérculos. Posterior a esto, se sugiere incorporar legumbres, pescado y huevo⁹. Sin embargo, en los últimos estudios propuestos por The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), se establece que desde los 6 meses ya se puede entregar todos los tipos de alimentos a los lactantes¹⁰.

Se recomienda no incluir azúcares simples ni sal en esta etapa por el riesgo de desarrollar una Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)^{10,11}. Por otro lado, es importante destacar que la miel se debe incorporar a los 24 meses por el riesgo de botulismo¹².

En América del Sur, si bien hay similitudes entre la mayoría de los países que la componen, también hay grandes diferencias respecto al desarrollo económico de cada uno. Éstas se ven reflejadas en el Producto Interno Bruto (PIB) de las distintas localidades y la relación directa que tiene este con los niveles de desnutrición y pobreza. Por ejemplo, Chile cuenta con un PIB de US\$13.793 per cápita y desnutrición de 3% versus Bolivia, que corresponde a US\$3.105 per cápita y 20,2% de desnutrición¹³. Sin embargo, existe en muchos países de América del Sur una doble carga epidemiológica, es decir,

*Correspondencia: tliras@udd.cl



conviven una alta prevalencia de desnutrición, anemia y obesidad¹⁴.

Se espera que cuando los países presentan un adecuado cumplimiento a sus guías alimentarias, la situación epidemiológica-nutricional de su población debería ser óptima, lo que conduciría a una disminución de ECNT y mayor bienestar general en las personas¹⁵. Así, el objetivo de esta revisión fue analizar las recomendaciones y el cumplimiento de las guías alimentarias oficiales para menores de dos años en los distintos países de América del Sur. La motivación de las autoras surge a lo largo de los distintos cursos de la carrera, y el propósito es conocer de qué manera aplicar estos conocimientos en beneficio de la población.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión panorámica de la literatura. Se consultaron las Guías Alimentarias oficiales para los menores de 2 años de América del Sur, en las páginas web gubernamentales oficiales de cada país (disponibles hasta el 18 de octubre de 2018). Además, se buscó documentos y recomendaciones oficiales sobre la alimentación en la primera infancia en organismos internacionales como Food and Agriculture Organization of the United States (FAO), Organización Mundial de la Salud (OMS), y ESPGHAN. Además, se buscó en la literatura gris (Open Grey) y no se encontró resultados atingentes a los objetivos de este estudio.

Las tasas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses se extrajeron de las Encuestas de Salud y Censo, Instituto Nacional de Estadísticas, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Sitios Gubernamentales respectivos a cada país.

Se buscaron artículos científicos originales sobre el cumplimiento de las recomendaciones oficiales de distintos diseños (caso control, cohorte, descriptivos), en las bases de datos Pubmed, Scielo, EBSCO, MEDLINE, LILACS, CINAHL, Academic Search Ultimate y Fuente Académica Plus. Los términos MeSH utilizados fueron: *adherence, breastfeeding, feeding, food guides, infant, mixed feeding, nutritional status, staple food, infant nutrition, diet, food and nutrition*.

Para estos descriptores, los conectores booleanos utilizados fueron AND y OR, tal como se muestra en la Figura 1. Se utilizaron como filtros adicionales: idioma (español, inglés y portugués); estudios en humanos realizados entre 2000 a 2018; y geografía (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela). Por otro lado, se excluyeron los textos sobre alimentación enteral, parental, alergias y/o intolerancias alimentarias, islas, países dependientes y departamento ultramar.

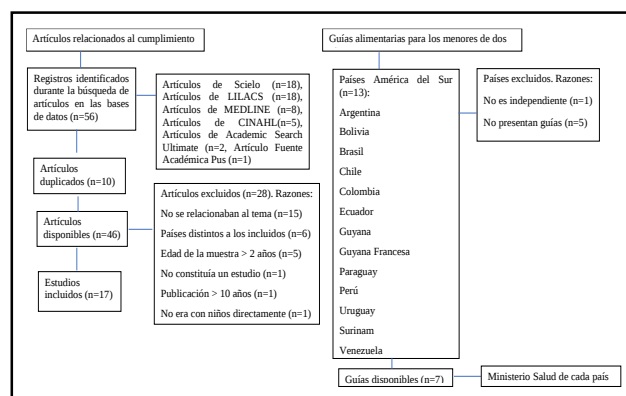


Figura 1. Flujograma de búsqueda

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Guías alimentarias

Se observó que, de los 12 países pertenecientes a la región, sólo 7 contaban con guías alimentarias para menores de 2 años hasta la fecha analizada. Eso es preocupante, considerando la importancia que tiene la alimentación en esta etapa de la vida para la formación de hábitos saludables que a futuro podrán (o no), ser condicionantes en la aparición de ECNT².

Los países que tienen guías alimentarias disponibles son Argentina¹⁶, Bolivia¹⁷, Brasil¹⁸, Chile¹⁹, Colombia²⁰, Paraguay²¹⁻²³ y Uruguay²⁴. Por otro lado, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela no contienen estas recomendaciones alimentarias oficiales. En el caso de Perú, se cuenta con recomendaciones para la alimentación en este grupo etario en la página del Gobierno, las cuales son muy similares a lo propuesto por la OMS.

En la Tabla 1 se detalla las recomendaciones principales de cada país, según edad. Estas se dividen en fases considerando el desarrollo del lactante, por lo general en 0 a 6 meses, 6 a 12 meses y 12 a 24 meses. Todas las guías recomiendan lactancia materna exclusiva entre los 0 a 6 meses de edad, lo cual coincide con la recomendación de la OMS²⁵. Esto último es un aspecto positivo, ya que indica que las guías se encuentran actualizadas y respetan la indicación de OMS como mejor alimento para esta etapa. Chile es el único país que plantea una opción distinta a la lactancia materna, cuando este beneficio no es posible de entregar a los menores, proponiendo el uso de fórmulas artificiales de inicio¹⁹. Por otro lado, Colombia plantea la extracción de lactancia materna en esta etapa como opción para continuar entregando este beneficio²⁰. A los 6 meses, todas recomiendan iniciar con la alimentación complementaria, entregando en un comienzo papillas de consistencia puré e ir evolucionando hacia sólido a medida que aumenta la edad¹⁶⁻²⁴.

En cuanto a la incorporación de todos los tipos de cereales a la alimentación, hay distintas posturas. Por un lado, Argentina, Bolivia y Chile recomiendan que



esta sea a los 6 meses^{16,18,19}. Sin embargo, Argentina recomienda que, si hay antecedentes de alergia, se posterga hasta los 9 meses¹⁶. Por otro lado, para la incorporación del huevo, solamente Argentina y Colombia coinciden en que este se debe incorporar a los 6 meses^{16,20}. Chile difiere de estos últimos, estableciendo su incorporación debe ser entre los 9 a 10 meses¹⁹. Para la incorporación de las legumbres, Argentina y Chile consideran que debe ser entre los 7 y 8 meses^{16,1)}, y Bolivia entre los 9 a 12 meses¹⁷. Por último, para la incorporación de pescados es donde hay mayor diferencia, ya que Argentina postula que debe ser a los 7 meses¹⁶, Bolivia entre los 9 a 12 meses¹⁸, Chile entre los 6 a 7 meses¹⁹ y Colombia desde los 6 meses²⁰. Otro aspecto importante, es que Brasil, Colombia, Paraguay y Uruguay recomiendan que a partir de los 6 meses se puede introducir todo tipo de alimentos, lo cual coincide con lo propuesto por la ESPGHAN²¹⁻²³.

Colombia no establece nada sobre la incorporación del cereal. Se podría asumir que a partir de los 6 meses se puede entregar este tipo de alérgeno a los niños, puesto que recomienda dar legumbres combinadas con cereales a partir de los 6 meses. De todas formas, sería bueno que especificar la edad de incorporación a la alimentación, puesto que puede confundir a los cuidadores de los niños y cometer un error en la alimentación^{18,20}.

Es importante destacar que, si bien las edades de introducción a los distintos alérgenos se retrasan en la mayoría de los países con el fin de disminuir la incidencia de alergias a estos alimentos por exposición temprana del antígeno, este concepto está en discusión. Según lo defendido por la ESPGHAN, se indica que una exposición temprana del antígeno si puede causar una mayor incidencia de alergias posteriores a los respectivos alimentos, sin embargo, esto ocurre cuando la presentación de ellos es entre los 3 a 4 meses de edad, y no posterior a los 6 meses. Incluso, se explica que no hay evidencia científica que demuestre que retrasar la incorporación de alimentos determinados disminuya el potencial alérgeno de estos en los menores¹⁰.

Fue en las recomendaciones de los 12 a 24 meses donde se encontró una mayor diferencia, las que se enfocan hacia la construcción de hábitos saludables e incorporar al niño a la alimentación de la casa. Esto último es propuesto por Argentina, Bolivia, Chile y Paraguay^{16,17,19,21-23}. Además, países como Colombia, Chile, Brasil y Bolivia hacen alusión a evitar alimentos procesados, promoviendo en muchos casos la lectura del etiquetado de los alimentos¹⁷⁻²⁰. En cuanto al etiquetado de alimentos, Chile incluye la nueva Ley de Etiquetado, explicando en las recomendaciones que no se prefieran alimentos "ALTOS EN", lo cual es un aspecto bastante útil como parte de la educación a las personas a preferir los alimentos con menos sellos,

educando en la importancia de revisar el etiquetado de alimentos, para concientizar la alimentación y que las personas elijan alimentos más saludables¹⁹.

Educar a la población para la adquisición de hábitos saludables desde pequeños es un aspecto de gran relevancia, ya que dentro de las responsabilidades de los gobiernos de los distintos países se encuentra proteger la salud de su población. Por el contrario, se ha visto un gran aumento de la prevalencia de ECNT, las cuales se asocian directamente con patrones de alimentación de baja calidad e inactividad física, siendo esto último, un alto costo para la salud pública y, por ende, para los gobiernos de los distintos países²⁶.

Cumplimiento de las Guías Alimentarias para menores de 2 años

El cumplimiento de la recomendación de LME hasta los 6 meses de edad, en los distintos países²⁷⁻³⁸, se puede observar en la Figura 2. El que presentó mayor porcentaje fue Perú, con un 65,2%²⁷ y Surinam, país con un alto nivel de pobreza, fue el que tuvo un menor porcentaje de lactancia materna exclusiva, con un 3%²⁸. Estos resultados, son bastante alarmantes, pues la mayoría de los países no logra cumplir con estas recomendaciones, considerando los beneficios que esta posee y que es gratuita, por lo que se esperaba que la adopción de este beneficio fuese mayor.

De los estudios encontrados que evaluaron la alimentación en los dos primeros años de vida, la gran mayoría fue de Brasil³⁹⁻⁵⁵. El estudio realizado por Nunes et al.³⁹, fue el único que midió específicamente la adherencia a las guías alimentarias para los menores de dos años. Este reveló que el 63% de los niños del grupo control o intervención no cumplieron con ningún paso. Solo los pasos 6, 7 y 9, relativos a la variedad, consumo diario de frutas, verduras y legumbres, y cuidados con la higiene en la preparación y manipulación de los alimentos, respectivamente, fueron totalmente cumplidos por más de la mitad de las madres en el grupo de intervención. La intervención aumentó en más de 10 puntos porcentuales el cumplimiento de 6 de los 10 pasos (pasos 2 a 7), relativos a la época de introducción, frecuencia, consistencia y variedad de los alimentos complementarios, además de la flexibilidad de quien alimenta al niño en cuanto a horarios y actitud frente al rechazo de los alimentos. Sin embargo, la intervención no afectó uno de los pasos más importantes, a saber, el paso 8, que recomienda evitar azúcar, café, enlatados, frituras, refrescos, salchichas y otras golosinas³⁹. Este es un porcentaje muy elevado de incumplimiento, sin embargo, se demuestra lo importante que es educar a la población en hábitos alimentarios, ya que se vio que aumentó la adherencia al 60% de los pasos. Sin embargo, habría que investigar qué es lo que pasa en



esta población que, a pesar de la intervención, no se logró un cambio en el paso 8³⁹.

En cuanto a la tasa de LME, se encontró que en un estudio realizado por Cruz et al.⁴⁹ que el 38% de las madres iniciaron la lactancia materna 12 horas o más después del parto. En otra investigación realizada por Campagnolo et al.⁴⁹ se demostró que la LME fue 47,1% hasta los 4 meses de vida y 21,4% entre los niños entre 4 y 6 meses. La prevalencia de lactancia materna fue del 84,4% hasta cuatro meses de vida y de 73,6% entre 4 y 6 meses. Estos valores son bastante bajos, ya que la recomendación oficial de la OMS es entregar LME hasta los 6 meses de vida del bebé²⁵.

Por otro lado, en cuanto a la alimentación complementaria, se vio que en el artículo publicado por Serene et al.⁴⁰, que el consumo semanal de verduras era de un 57%, siendo este muy bajo con respecto a lo que debiese ser.

Otro estudio realizado por Romulus et al.¹⁸, determinó que las madres comúnmente utilizaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses, y que la mayoría de los alimentos y líquidos consumidos fue agua (n=54), vegetales (n=51), papas (n=47), aceite, mantequilla y margarina (n=42), galletas y dulces (n=39), carne, hígado y huevos (n=34), azúcar (n=33). Además, se determinó que el 78% de los lactantes consumían 1,3 gramos de sal diarios y que en el grupo socioeconómico más alto hubo un mayor consumo de vegetales y frutas, y menor de azúcar y grasas en comparación al nivel socioeconómico bajo. El consumo recurrente de alimentos azucarados y de sal contradice a los hábitos saludables propuestos por la guía de alimentos para este país. Nuevamente se da la relación nivel socioeconómico y alimentación, ya que a mayor ingreso familiar mensual se obtiene un estado nutricional más sano.

En otro artículo publicado por Caetano et al.⁴², se dio a conocer que un 60% de las papillas de los participantes contenía carne y verduras. Por otro lado, también se analizó si los sitios populares de internet a los cuales recurren los cuidadores coinciden con recomendaciones de la guía de alimentos para niños menores de 2 años en Brasil, lo que arrojó como resultado que la información de estos dichos sitios no tiene relación con las recomendaciones del Ministerio de Salud, por lo que pueden llevar a conceptos erróneos o confusión en el cuidador de niños menores de dos años⁴⁸.

También el artículo publicado por Campagnolo et al.⁵⁰ señala que, a pesar del progreso en los índices de lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años en la ciudad de Puerto Alegre, los valores aún están por debajo de las recomendaciones, por lo que la promoción en cuanto a la educación permanente para

los cuidadores y profesionales de la salud necesita ser ampliada en la atención primaria.

Otro estudio realizado por Cruz⁴⁹, demostró que el 39% de las madres iniciaron la alimentación complementaria en los primeros 3 meses posteriores al parto, lo cual va en contra del lineamiento de la guía, que recomienda iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad¹⁷.

El estudio realizado por Macias et al.⁵⁵ indica que la edad promedio para la incorporación de la alimentación complementaria fue de 4,4 meses y el 51% de los niños consumía algún tipo de papilla a los 5 meses. Esto indica, automáticamente, que no se cumplió con lo establecido por su guía de alimentación oficial para los menores de dos años, la cual indica que la edad de inicio para la alimentación sólida debe ser a los 6 meses y no antes¹⁶. Esto último puede ser causante de una mayor incidencia de alergias alimentarias en la población infantil de acuerdo a lo establecido por la ESPGHAN⁹.

Por otro lado, se obtuvo que los primeros alimentos incorporados fueron: puré (papa y zapallo, con caldo o sopa), sopa (con sémola) y manzana y que a los 7 meses el 94% consumían papillas. Si bien esto es un porcentaje bastante adecuado, ya que para esta edad se espera que los menores consuman papilla con postre una vez al día, significa que hay un 6% que recibe únicamente alimentación láctea, lo cual los puede conducir probablemente a un estado de desnutrición si se mantiene esta conducta en el tiempo, ya que estos menores están en periodo de crecimiento, con una alta demanda de requerimientos nutricionales para llevar este proceso a cabo, generando, por la misma razón un desbalance calórico nutricional negativo, llevando a la baja de peso y crecimiento⁵⁵.

Otro estudio realizado por Cruz et al.⁴⁹ en Bolivia, dio a conocer que casi el 20% de los niños tenían bajo peso. Los investigadores concluyen que los resultados de este estudio son reflejo de la baja educación en las madres y cuidadores de los menores, además de la alta inseguridad alimentaria presente en el norte de Bolivia. El porcentaje de niños que se encuentran bajo peso en esta población es bastante alto y tiene directa relación con la alimentación que han recibido estos menores, la cual ha sido errónea en la mayoría de los casos.

La sumatoria de las acciones mal desarrolladas en el ámbito de la nutrición de estos niños, lleva al alto porcentaje de desnutrición, lo cual demuestra que es urgente realizar educación alimentaria en este sector, promoviendo la seguridad alimentaria para revertir esta situación, siendo la educación a la población la herramienta³⁹.

Tabla 1. Principales recomendaciones de las Guías Alimentarias oficiales para menores de 2 años, según país y rangos de edad

País (año) y nombre del documento	Recomendaciones según edad		
	0 a 6 meses	6 a 12 meses	12 a 24 meses
Argentina (2010) Guías alimentarias para población infantil ¹⁶	Lactancia Materna - LME hasta los 6 meses - LM hasta los 2 años o más Fórmulas lácteas - Sin orientación para el uso de fórmulas lácteas artificiales	Introducción alimentación complementaria - Inicio a los 6 meses - Incorporar gluten a los 6 meses sin antecedentes de alergia y a los 9 meses con antecedentes, huevo a los 6 meses, pescado a los 7 meses y legumbres entre los 7 y 8 meses - Verduras todos los días de distintos tipos y colores, en un comienzo cocidas, luego crudas en forma de puré y luego trozos - Agregar en cada comida 1 cucharadita de aceite o manteca - Entregar agua hervida y enfriada	Lactancia materna - Continuar lactancia materna si es posible hasta los 2 años Alimentación complementaria - 4 comidas al día y 1 colación - Se pueden consumir legumbres con piel - Fraccionar más la alimentación y no suspender cuando el niño se enferme Hábitos saludables - Alimentarse junto con el grupo familiar y consumir sus mismos alimentos - Alimentarse en un ambiente tranquilo, con el televisor apagado
Brasil (2010) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos ¹⁸	Lactancia Materna - LME hasta los 6 meses, sin agua, té u otro alimento - Sin orientación para el uso de fórmulas lácteas artificiales - Posición cómoda de amamantamiento - Buscar ayuda si siente dolor en las mamas - Una buena posición es cuando el cuello del bebé está erecto o ligeramente curvado, su cuerpo está orientado hacia el de la madre, su barriga recostada en el vientre de la madre - Una buena toma es cuando la boca está bien abierta, la barbilla está tocando el seno, labio inferior hacia afuera, hay más areola por encima de la boca que abajo y al amamantar la madre no siente dolor en el pezón Niño enfermo - Aumentar frecuencia mamadas	Horarios - Horarios de la familia y respetar apetito del niño Intervalos entre comidas fijos Consistencia - Consistencia pastosa y aumentarla gradualmente hasta llegar a la alimentación de la familia Consumo de Hierro - Consumir vegetales de hoja dura y frijoles, combinar con Vitamina C - Las carnes aumentan la absorción del Hierro. - Ofrecer carnes en comidas. Una vez por semana dar vísceras Hábitos saludables - Preferir alimentos naturales, sin adición de azúcar. - Educar hermanos mayores a no ofrecer dulces, helados y refrescos. Leer etiqueta alimentos y evitar ofrecer aditivos y conservantes - No castigar ni premiar al niño con la comida - Distinguir signos de hambre de otras situaciones Higiene - Cuidar higiene en la preparación y manejo alimentos. - Garantía de su almacenamiento y conservación adecuados - Mantener alimentos cubiertos - Las frutas se lavan en agua corriente antes de ser peladas. - Los utensilios deben ser lavados y enjuagados en agua limpia - Si no hay un refrigerador, preparar alimentos cerca de horarios de comida, - evitando guardar las sobras Niño enfermo - Mantener alimentación, ofreciendo alimentación habitual y sus alimentos preferidos, respetando su posición aceptación - Si está con fiebre o diarrea, aumentar los líquidos en el día. Deben ofrecerse después de las comidas o en los intervalos Niño con dificultad de alimentarse - Separar comida en un plato individual para asegurarse de cuánto está realmente ingiriendo - Estar presente en las comidas, aunque el niño coma solo y ayudarlo si es necesario - No forzar al niño a comer. Tener paciencia y buen humor. Las comidas deben ser momentos tranquilos y felices	Alimentación Sólida - Ofrecer alimentos mezclados para que el niño experimente con diferentes texturas - Mantener las indicaciones anteriores Hábitos Saludables - Mantener las recomendaciones anteriores

LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva.



Tabla 1. Principales recomendaciones de las Guías Alimentarias oficiales para menores de 2 años, según país y rangos de edad (cont.)

País (año) y nombre del documento	Recomendaciones según edad		
	0 a 6 meses	6 a 12 meses	12 a 24 meses
Bolivia (2012) Alimentación complementaria en niñas y niños de 6 meses a menores de 2 años ¹⁷	Alimentación láctea - LME hasta los 6 meses - Sin orientación para el uso de fórmulas lácteas artificiales	Alimentación láctea - Continuar con lactancia materna Alimentación complementaria - Iniciar alimentación complementaria a los 6 meses. - Si rechazan nuevos alimentos, crear nuevos métodos para animarlos a comer - Incorporación de cereales, tubérculos, frutas raspadas, verduras y agua a los 6 meses - Incorporación legumbres, carnes, pescado y huevo entre los 9 a 12 meses Volumen - Entregar hasta 8 cucharadas por comida entre los 6 a 9 meses - Entregar hasta 11 cucharadas por comida entre los 9 a 12 meses Consistencia - Consistencia papilla/ puré y espesar a partir de los 8 a 9 meses cuando le salgan los dientes. Hábitos saludables - No es necesario uso de endulzantes - Evitar el consumo de azúcar y frituras - Minimizar las distracciones durante las comidas Aseo bucal - Iniciar aseo bucal al aparecer el primer diente enjuagando su boca luego de comer	Alimentación láctea - Mantener LM luego de las comidas Alimentación sólida - Incorporar al niño a la alimentación de la casa - Se pueden empezar a condimentar las comidas en pocas cantidades - Consumir fruta o Nutribebé en las dos meriendas - Se pueden consumir alimentos cítricos Hábitos saludables - Evitar consumir alimentos azucarados, frituras y bebidas todos los días
Paraguay (2015) Guías alimentarias del Paraguay para Niños y Niñas Menores de dos años ²¹⁻²³	Alimentación láctea - LME a libre demanda - Idealmente comenzar dentro de la primera hora desde el nacimiento - Extracción de leche cuando estés fuera de tu casa - No dar agua, té ni alimentos - Sin orientación sobre el uso de fórmulas lácteas artificiales	Alimentación láctea - Continuar con LM Alimentación complementaria - Inicio alimentación complementaria a los 6 meses. - Incorporar todos los alimentos - Rechazo de alimentos puede ser porque el sabor o la consistencia son nuevos. Ofrecer nuevamente el alimento en otros momentos y en distintas preparaciones - Agua potable: 50 ml agua 2 a 3 veces/ día y mayor cantidad en épocas calurosas Frecuencia - Legumbres 2 a 3 veces a la semana, carnes 4 a 5 veces a la semana, huevo 3 veces a la semana, cereales, tubérculos, frutas y verduras todos los días - No dar miel Consistencia - Consistencia papilla/ puré - Desde los 8 meses puré puede tener grumos y la carne se puede dar bien picadita Volumen - Medio plato pequeño entre los 6 a 8 meses y un plato pequeño entre los 9 a 11 meses Horarios - A los 7 meses recibir 2 comidas (almuerzo y cena) Higiene alimentario - Lavarse muy bien las manos con agua limpia y jabón - Mantener limpio el lugar donde se cocina y cocinar bien las carnes y huevo - Preparar y servir en el momento la cantidad de comida para tu niño/a - No soplar la comida Diarrea - Mantener alimentación normalmente para que no pierda peso y dar mayor cantidad de líquidos, evitando té de yuyos o remedios caseros, gaseosas, jugos envasados o refrescos	Alimentación láctea - Continuar con LM - Suspender la leche de la madrugada Alimentación sólida - Consumir los mismos alimentos saludables que el resto de la familia - Consumir desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena - Se puede comenzar a dar miel Hábitos saludables - 3 vasos de agua al día como mínimo - Alimentación en un ambiente limpio, tranquilo, con paciencia y cariño - Consumo de gaseosas, bebidas azucaradas y golosinas puede producir obesidad y caries dentales en tu niño/a - Evitar alimentos con sabores muy fuertes, con sustancias químicas, altos en sodio, con azúcar, edulcorante artificial, light o bajos en calorías, con exceso de calorías o que aporten grasas hidrogenada, que puedan producir atragantamiento

LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva.



Tabla 1. Principales recomendaciones de las Guías Alimentarias oficiales para menores de 2 años, según país y rangos de edad (cont.)

País (año) y nombre del documento	Recomendaciones según edad		
	0 a 6 meses	6 a 12 meses	12 a 24 meses
Colombia (2018) Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres, gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia ²⁰ .	Alimentación láctea - LME hasta los 6 meses de edad a libre demanda - Iniciar LM en la primera hora de vida en contacto con la piel - Sin orientación para el uso de fórmulas lácteas artificiales Hábitos Saludables - Al extraer LM recolectarla en frascos de vidrio con tapa de rosca plástica y refrigerar hasta por 12 horas o congelar hasta por 3 meses	Alimentación láctea - Continuar LM a libre demanda. Alimentación Complementaria - Iniciar a los 6 meses - Ofrecer 1 alimento nuevo por vez. Esperar 2-4 días para introducir otro nuevo según tolerancia del bebé - Incluir diariamente alimentos de origen animal - Incorporar huevo desde 6 meses iniciando con la yema para probar tolerancia, legumbres desde 6 meses con cereal, pescado a los 6 meses Consistencia - Espesa hasta que pueda masticar Frecuencia - 3-4 comidas según apetito 1-2 refrigerios Volumen - Aumentar gradualmente, hasta 3 al día a los 8 meses - Cantidad de alimentos por comida: ½ taza (4 onzas) - Mínimo 3 comidas/ día y 1 o 2 refrigerios según apetito del bebé Hábitos Saludables - No agregar sal, azúcar ni condimentos a las preparaciones. Preferir alimentos preparados en casa - Incluir 1 porción/día de alimentos origen animal en las comidas - Realizar actividades que involucren juego para los niños	Alimentación láctea - Continuar con lactancia materna a libre demanda, después de las comidas Alimentación Complementaria - Consumir los mismos alimentos que el resto de la casa - Ofrecer variedad de alimentos sólidos, con algunas texturas (picados, molidos, trozos) - Ofrecer 3 comidas diarias más 1-2 refrigerios según apetito del bebé - Cantidad de alimentos por comida principal: 1 taza o plato (8 onzas) - Incluir diariamente una porción de alimentos de origen animal en las comidas - Leche de vaca entregada debe ser hervida o pasteurizada - Realizar actividades que involucren juego para los niños Hábitos Saludables - No ofrecer productos procesados - Preferir alimentación de la casa
Chile (2018) Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años ¹⁹	Alimentación láctea - LME libre demanda y máx c/3 horas - Extracción LM en algunas situaciones Fórmulas de inicio - 13 a 14% o leche purita fortificada 7,5% + maltodextrina/sacarosa 3% + aceite al 2% Suplementación - 400 UI de Vitamina D + 1 mg/kg/día de Hierro desde los 4 meses con LME	Alimentación láctea - Continuar lactancia materna - En caso de no ser posible entregar fórmulas de inicio/ continuación diluidas al 14-15%, leche purita fortificada diluida al 7,5% + 5% cereal Alimentación Complementaria - Inicio alimentación complementaria a los 6 meses - Temperatura tibia para las comidas - Incorporación cereal a los 6 meses con o sin antecedentes de alergia, pescados entre los 6 a 7 meses, al menos 2 veces por semana, prefiriendo pescados grasos. Huevo entre los 9 a 10 meses y leguminosas guisadas molidas entre los 7 a 8 meses, dos veces por semana - Agua hervida o potable 2 a 3 veces/ día, separado de leche	Alimentación láctea - Continuar con LM. Si no es posible, leche reconstituida al 7,5%, semides-cremada o descremada Alimentación Complementaria - Alimentos de la casa + ensalada en almuerzo y cena + frutas - Pescado 1 vez/sem +legumbres 2 vec/sem Consistencia - Evolucionar desde molida con tenedor a picada y en trozos, blanda y entera Horarios - 4 tiempos de comida al día
Uruguay (2014) Norma Nacional de Lactancia Materna, Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses y Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses ²⁴	Lactancia Materna - LME hasta los 6 meses Hábitos Saludables - Sin orientación para el uso de fórmulas lácteas artificiales	Alimentación Complementaria - Incorporar agua (embotellada sin gas o de la canilla hervida) varias veces al día y luego de las comidas - No dar bebidas con cafeína, azúcar, miel, sal o alimentos procesados - Desde los 6 meses papilla rica en hierro - Huevo, pescado y trigo desde los 6 meses de manera gradual y cada 3 a 5 días de diferencia - Leche de vaca en pequeñas cantidades, únicamente formando parte de preparaciones caseras - Consistencia puré a los 6 meses y sólida picada entre los 7 a 9 meses - 2-3 comidas al día entre los 6-8 meses y 3-4 entre los 9-23 meses. - Omega 3 entre 1-2 veces por semana - Leguminosas, huevo, lácteos, cereales y tubérculos, frutas, verduras y aceite vegetal todos los días Hábitos Saludables - Ambiente tranquilo y sin distracciones - Madre, padre o cuidador que le preste atención durante la comida y lo motive	Alimentación Complementaria - Se puede incorporar leche de vaca como bebida principal - Consumir al menos ½ taza de volumen en cada comida principal - No se especifica más recomendaciones para esta edad, por lo que se recomienda continuar con las anteriores

LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; UI: Unidad Internacional.



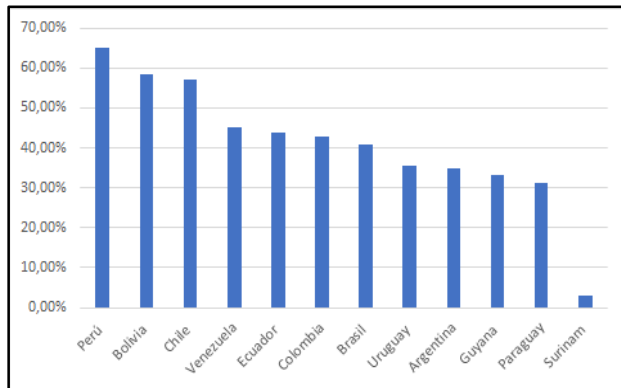


Figura 2. Porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses según países de América del Sur²⁷⁻³⁸.

CONCLUSIÓN

Las guías alimentarias para los menores de dos años de América del Sur recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como el mejor alimento para los niños en esta etapa. Por otro lado, en cuanto a la alimentación complementaria, todos los países recomiendan que esta se incorpore a partir de los 6 meses, complementando con lactancia materna. Sin embargo, se encontró diferentes posturas para la incorporación de los alimentos en esta etapa, siendo en muchos casos posterior a los 6 meses para la mayoría de los países, con excepción de Paraguay y Uruguay, la cual indica que a partir de los 6 meses se pueden consumir todo tipo de alimentos, exceptuando la miel.

En cuanto a la alimentación entre los 12 a 24 meses, hay múltiples recomendaciones. La mayoría indica la incorporación del niño a la alimentación de la casa, preferir alimentos naturales, cuidar de la higiene de la alimentación y evitar entregar alimentos altos en azúcares simples, grasas y sodio. Todas estas tienen en común establecer hábitos alimentarios saludables.

Los datos encontrados sobre el cumplimiento de las guías alimentarias oficiales fueron escasos, debido a la poca información y estudio sobre este tema. Si existiesen datos sobre el nivel de adherencia de los países a sus propias recomendaciones, se lograría una disminución en las ECNT y, por lo tanto, una disminución en sus tratamientos lo que se traduciría, a su vez, en un menor gasto de parte de los gobiernos en salud.

Brasil fue el país con la mayor cantidad de información disponible en relación a la adherencia de las guías alimentarias, lo que se puede explicar debido a que este país es el más grande de América del Sur.

Con relación a la situación epidemiológica, se vio que en América del Sur existe una doble carga, ya que se encuentran países como Paraguay y Chile con altos niveles de desnutrición por exceso, mientras

que hay otros como Guyana con alto porcentaje de desnutrición. En todos los países de América del Sur hay altas tasas de anemia.

Una alternativa de solución a esta realidad planteada podría ser enfocar los programas de salud y la educación de parte de los profesionales de salud hacia los cuidadores de estos menores, obteniéndose de esta manera una mayor adherencia a hábitos alimentarios saludables y la solución de los 3 principales problemas que se presentan en América del Sur (anemia, desnutrición y exceso de peso), los que se presentan debido a la doble carga que se vive en esta localidad, tal como se demostró en la presente revisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pantoja M. Los primeros 1000 días de la vida. Rev Soc Boliv Pediatr [Internet]. 2015 [Citado el 30 de noviembre de 2018];54(2):60-1. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v54n2/v54n2_a01.pdf.
2. Langley-Evans SC. Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc [Internet]. 2015 [Citado el 30 de noviembre de 2018];28(Suppl 1):1-14. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479490>
3. Sánchez-Muniz FJ, Gesteiro E, Espárrago Rodilla M, Rodríguez Bernal B, Bastida S. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [Citado el 30 de noviembre de 2018];28(2):250-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000200002
4. Gobierno de Chile. Ministerio de Educación. Guías alimentarias para la población [Internet]. [Citado el 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.integra.cl/wp-content/uploads/2017/01/GUIAS-ALIMENTARIAS.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Inicio temprano de la lactancia materna [Internet]. WHO. [Citado el 7 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es
6. Gómez C, Pérez D, Bernal MJ, Periago MJ, Ros G. Compuestos funcionales de la leche materna. Enferm Glob [Internet]. 2009 [Citado el 30 de noviembre de 2018];16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200020&lng=es
7. Organización Mundial de la Salud. Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna [Internet]. [Citado el 7 de mayo de 2018]. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69939/WHO_FCH_CAH_09.01_spa.pdf;jsessionid=BDDAF0AFFBBA7DB0B90AC5FB7E9070A0?sequence=1
8. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria [Internet]. WHO. [Citado 2018 Mayo 7]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
9. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler N, et al. Complementary Feeding: A



- Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119.
10. Castillo-Durán C, Balboa CP, Torrejón SC, Bascuñán GK, Uauy DR. Alimentación normal del niño menor de 2 años: Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría 2013. *Rev Chil Pediatría.* 2013;84(5):565-72.
 11. Cabezas-Zabala C, Hernández-Torres B, Vargas-Zárate M. Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Rev Fac Med [Internet].* 2016 [Citado el 10 de junio de 2018];64(2):319-29. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200017&lng=en
 12. Deboni et al. Botulismo de origen alimentario. *Cienc Rural [Internet].* 2008 [Citado el 30 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84782008000100049
 13. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) [Internet]. 2018 [Citado el 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://plataformacelac.org/>
 14. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional [Internet]. 2017 [Citado el 30 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
 15. Londoño E. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2017 [Citado el 2 de diciembre de 2018];43(1):68-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100007&lng=es
 16. Ministerio de Salud de Argentina. Guías alimentarias para la población infantil [Internet]. 2010 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.msar.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnyt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>
 17. Ministerio de Educación de Bolivia Alimentación complementaria en niñas y niños de 6 meses a menores de 2 años [Internet]. 2009 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.bo/micrositiobiblioteca/disco-3/politicas/389.pdf>
 18. Ministério da Saúde do Brasil. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos [Internet]. 2010 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf
 19. Ministerio de Salud de Chile. Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años [Internet]. 2015 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>
 20. Gobierno de Colombia. Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia [Internet]. 2018 [Citado 2018 Noviembre 13]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/nutricion/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos-para-mujeres-gestantes>
 21. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Guías alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años [Internet]. 2015 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B0fO30Y7z_VPVW9NVTFKNHpOanc/view
 22. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Desde los 6 meses además de leche materna, tu bebé debe comer otros alimentos como carnes, huevo, porotos, cereales, verduras y frutas, en forma de puré, luego molidos, picaditos o desmenuzados [Internet]. 2016 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B0fO30Y7z_VPdDFPdWg4RWpxZWc/view
 23. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Guías alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años, 0 a 6 meses solo leche materna, y continúa dándole leche materna a tu niña o niño hasta los dos años [Internet]. 2015 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B0fO30Y7z_VPbVhCd2dBY1hsUEU/view
 24. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. El derecho del niño a recibir una alimentación adecuada [Internet]. 2018 [Citado el 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ORIGINAL_Interior_Gui%C3%8C%C2%81a%20alimentacio%C3%8C%C2%81n%20complementari.pdf
 25. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y el niño pequeño [Internet]. 2018 [citado el 22 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 26. Gallardo K, Benavides F, Rosales R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev Cienc Salud [Internet].* 2015 [Citado el 30 de noviembre de 2018];14(1):103-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>
 27. Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. 2014. [Citado el 6 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portaWeb/02estadistica/encuestas_INEI/index.html
 28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna [Internet]. 2014. [Citado el 24 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/sowc2014/numbers/documents/excel/SOWC%202014%20Stat%20Tables_Table%202.xlsx
 29. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Encuesta de Demografía y Salud [Internet]. 2016 [Citado el 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/EDSA-2016.pdf>
 30. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela. Espromed BIO C.A. Venezuela ha elevado a 45% la lactancia materna exclusiva [Internet]. 2015 [Citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: <http://espromedbio.gob.ve/venezuela-ha-elevado-a-45-la-lactancia-materna-exclusiva/>
 31. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Ecuador - Situación de la niñez - Lactancia materna [Internet]. 2017 [Citado el 7 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/children_5634.html
 32. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Avances y retos de la lactancia materna Colombia 1970 a 2013 [Internet]. 2013 [Citado el 4 de mayo de 2018]. Disponible en <http://www.paho.org/hq/index.php?option>



- =com_docman&task=doc_details&gid=22955&Itemid=270&lang=es
33. Governo do Brasil. O Brasil é referência mundial em aleitamento materno [Internet]. 2016 [Citado el 5 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2016/08/brasil-e-referencia-mundial-em-amamentacao>
 34. Ministerio de Salud Uruguay: Área Programática de Salud de la Niñez y Área Programática de Nutrición. Uruguay. Norma nacional de lactancia materna. [Internet]. [Citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1-Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf
 35. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en Argentina [Internet]. 2015 [Citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001135cnt-lactancia-materna-argentina-2015.pdf>
 36. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna: un tema contemporáneo en un mundo globalizado. [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=157-lactancia-materna-un-tema-contemporaneo-en-un-mundo-globalizado&category_slug=technical-documentation&Itemid=1145
 37. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de la Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social de la Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Interamericano de Desarrollo. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados [Internet]. 2016 [Citado el 5 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/mics2016/Encuesta%20MICS%20Paraguay%202016.pdf>
 38. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Informe Técnico, encuesta nacional de lactancia materna en atención primaria. Chile [Internet]. 2013 [Citado el 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf
 39. Nunes L, Vigo A, Oliveira L, Giugliani E. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [Citado el 4 de noviembre de 2018];33(6):e00205615. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605005&lng=en
 40. Serene J, Casapi'a M, Blouin B, Maheu-Giroux M, Rahme E, et al. Risk Factors Associated with Malnutrition in One-Year-Old Children Living in the Peruvian Amazon. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2014 [Citado el 4 de noviembre de 2018]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263538/pdf/pntd.0003369.pdf>
 41. Romulus-Nieuwelink JJC, Doak C, Albernaz E, Victora CG, Haisma H. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. IJPO [Internet]. 2011 [Citado el 4 de noviembre de 2018];6(2-2):e508-14. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=20815763&lang=es>
 42. Caetano MC, Ortiz TT, Silva SGL da, Sarni ROS. Complementary feeding of infants in their first year of life: focus on the main pureed baby foods. Revista Da Associacao Médica Brasileira [Internet]. 2014 [Citado el 4 de noviembre de 2018];60(3):231-5. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=25004268&lang=es>
 43. Gatica G, Barros AJD, Madruga S, Matijasevich A, Santos IS. Food intake profiles of children aged 12, 24 and 48 months from the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort: an exploratory analysis using principal components. International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity [Internet]. 2012. [Citado el 4 de noviembre de 2018];9:43-52. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=79802939&lang=es>
 44. Lindsay AC, Machado MT, Sussner KM, Hardwick CK, Peterson KE. Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. Food Nutr Bull [Internet]. 2008 [Citado el 4 de noviembre de 2018];29(1):15-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18510201>
 45. Toloni H, Longo-Silva G, Goulart R, Taddei J. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. Rev Nutr [Internet]. 2011 [Citado el 5 de noviembre de 2018];24(1):61-70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000100006&lng=en
 46. Olaya G, Borrero ML. Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses. Perspect Nut Hum [Internet]. 2009 [Citado el 4 de noviembre de 2018];11(2):139-51. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082009000200002&lng=en
 47. García M, Granada F, Cardoso M. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [Citado el 5 de noviembre de 2018];27(2):305-16. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200012&lng=en
 48. Monteiro G, De Assis M, Leite A, Mendes L. Evaluación de la información nutricional para niños menores de dos años disponible en sitios web. Brasil. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2016 [Citado el 4 de noviembre de 2018];34(3):287-92. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=\(food+guide%5BTitle%2FAbstract%5D\)+AND+brazil+and+infant](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=(food+guide%5BTitle%2FAbstract%5D)+AND+brazil+and+infant)
 49. Cruz Y, Jones A, Berti P, Larrea S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. ALAN [Internet]. 2010 [Citado el 5 de noviembre de 2018];60(1):7-14. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222010000100002&lng=es
 50. Campagnolo P, Louzada ML, Silveira E, Vitolo M. Práticas alimentarias en el primer año de vida y factores asociados en muestra representativa de la ciudad de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev Nutr [Internet]. 2012 [Citado el 5 de noviembre de 2018];25(4):431-39. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo>



- php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000400001&lang=pt
51. Corrêa E, Corso A, Moreira E, Kazapi I. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2009 [Citado el 5 de noviembre de 2018];27(3):258-64. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822009000300005&script=sci_abstract&tlng=pt
52. Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Bloomberg, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland. Prácticas de alimentación infantil en la Amazonía peruana: implicaciones para los programas para mejorar la alimentación [Internet]. 2014 [Citado el 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25418764>
53. Sánchez-Jaeger A, Barón MA, Solano L, Guerrero A, Díaz N. Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos [Internet]. 2008 [Citado el 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-588738>
54. Silva L, Vieira G, Dias C, Pereira F, Santos D, Ferraz F, et al. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa [Internet]. 2005 [Citado el 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-463302>
55. Macías S, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer P. Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2013 [Citado el 4 de noviembre de 2018];40(3):235-42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000300004



TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS EN TESTIGOS DE JEHOVÁ

Fabiana Calderón^a
Andrés Castillo^a
Constanza Chang^a
Francisca Gutiérrez^a
Camila Ortiz^a
Valentina Subiabre^{a*}
Alexandra Vejar^a

^aEstudiante de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 12 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 30 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: Los Testigos de Jehová no aceptan transfusiones sanguíneas, hecho que representa un desafío para el personal de salud a la hora de asistir a un paciente que requiera de este procedimiento. **Objetivo:** Identificar las creencias y modo de vida de las personas que profesan la religión Testigos de Jehová, con el fin de conocer los motivos por los cuales no quieren y/o pueden recibir transfusiones sanguíneas de otras personas, y, por otro lado, conocer cómo actúa el Servicio de Salud ante ellos cuando requieren atención médica. **Metodología:** Estudio de caso cualitativo. Se utilizó entrevistas dirigidas a personas Testigos de Jehová, médicos y enfermeros, quienes firmaron previamente un consentimiento informado, para conocer sobre los puntos anteriormente mencionados. **Resultados:** Los hallazgos revelaron como idea principal del experto, el respeto a la decisión de cada ser humano ante una situación médica, incluso si esto pone en riesgo su vida ya que los deseos del paciente son primordiales. Además, destaca que en Chile no existen protocolos a nivel nacional ante estos casos, por lo que generalmente queda a criterio de la institución y del médico tratante del caso. Por otra parte, se rescata la forma en que el entrevistado Testigo de Jehová y su familiar, logran ver la vida y la muerte como algo que Dios dispuso para ellos y para todos. **Discusión:** Destaca la importancia de respetar la decisión de estos pacientes sin juzgar, ya que son ellos quienes tienen el control de su cuerpo. Es necesario crear protocolos nacionales sobre el tema. **Conclusión:** Los trabajadores de la salud deben conocer qué implica ser parte de los Testigos de Jehová y las implicancias que acarrea en procedimientos como las transfusiones sanguíneas, y técnicas disponibles para su cuidado y tratamiento.

Palabras clave: Testigos de Jehová, Transfusión sanguínea, Personal de salud, Servicios de salud, Religión.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente estudio se dan a conocer los distintos hallazgos de una investigación cualitativa, cuya finalidad fue obtener un mayor conocimiento sobre la razón de los Testigos de Jehová de no aceptar transfusiones sanguíneas, y su fundamentación para dicha decisión.

Esta inquietud surge debido a que los Servicios de Salud en Chile no tienen normas unificadas y claras respecto a los pacientes Testigos de Jehová que requieren transfusiones sanguíneas. Debido a esto, la decisión queda en la ética profesional del médico tratante. Según el modelo bioético, el personal de salud debe actuar respetando la autonomía del paciente¹. Por esto, las instituciones de salud deben establecer todas las medidas para asegurar que este tipo de decisiones se realicen con la debida información, confidencialidad, libertad y en ausencia de toda coacción².

Para este estudio, se realizaron búsquedas bibliográficas y tres entrevistas, dirigidas a un usuario perteneciente a la religión Testigos de Jehová, un familiar del usuario y un experto perteneciente al área de salud, con el objetivo de obtener diferentes puntos de vista con respecto a las transfusiones sanguíneas,

además de las distintas terapias o tratamientos que se pueden llevar a cabo.

Se solicitó firmar un consentimiento informado por parte de los entrevistados, donde se deja estipulado que todo lo dicho en las entrevistas será con fines educativos y manteniendo la confidencialidad.

A continuación, se desarrollará el tema, exponiendo los resultados y análisis de las entrevistas, se discutirá sobre los hallazgos importantes, y se relacionará la información con los elementos socio-antropológicos y determinantes sociales.

DESARROLLO

Los Testigos de Jehová son una organización religiosa que presenta dificultades al momento de realizar una transfusión sanguínea. Las personas que profesan esta religión se niegan a este procedimiento por motivos religiosos. Para ellos, aceptar esta medida terapéutica significa una pérdida en el ámbito espiritual intolerable, tanto así, que prefieren morir antes de aceptar una transfusión².

Caso Clínico

Los participantes de todas las entrevistas fueron escogidos intencionalmente. Cabe destacar que el

*Correspondencia: vsubiabrel@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 41-44



usuario masculino, iniciales L.E.C.O, tuvo que ser sometido a una cirugía de corazón abierto sin transfusión sanguínea en el año 2007, debido a las secuelas que había dejado un infarto agudo al miocardio previo. La entrevista al experto se realizó a un médico, el cual fue escogido intencionalmente.

Se analiza entonces el caso de una familia perteneciente a los Testigos de Jehová, quienes por motivos religiosos no aceptan transfusiones sanguíneas, pues Dios ha ordenado a los cristianos abstenerse de sangre³.

Normativas y/o regulaciones en el sistema de salud en Chile

Según la Norma General Técnica N°42 sobre proceso de mejoría de la medicina transfusional, del Ministerio de Salud, actualmente en Chile se realizan alrededor de 400.000 transfusiones de sangre y componentes al año. Tienen una baja mortalidad equivalente a 2,5 muertes por cada millón de transfusiones⁴. Esta Norma plantea que los establecimientos deben mantener un sistema permanente de evaluación de las actividades de Medicina Transfusional (Tabla 1)⁴.

Sin embargo, no existen otras normas a nivel nacional que hablen sobre los consentimientos o la decisión del paciente. Las normas existentes se enfocan en las condiciones de los centros que manejan la sangre y sus componentes. No obstante, existen hospitales y clínicas que tienen reglamentos propios⁵.

Las transfusiones sanguíneas son indicadas por cirugías, lesiones, enfermedades y trastornos hemorrágicos y las complicaciones por transfusiones son poco frecuentes⁶⁻⁷.

En 1998 el cirujano Gonzalo Cardemil impulsó la creación del Programa de Medicina y Cirugía Sin Transfusión de Sangre (PMCSTS), en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Al año 2018, en Chile existían alrededor de 850 médicos con los conocimientos necesarios para realizar una cirugía de este tipo⁷.

En una cirugía sin sangre se debe preparar al paciente algunas semanas antes, promoviendo una mayor producción de sangre a través del consumo de hierro y eritropoyetina⁷. En caso de poco tiempo, se da importancia a los niveles de hierro⁸. Durante la cirugía se toman medidas para prevenir el sangrado como el uso de bisturí láser y otros equipos⁷.

Según el Lucile Packard Children's Hospital of Stanford, las cirugías sin sangre poseen una diversidad de beneficios entre los que se destaca la disminución del riesgo de una respuesta inmunológica potencialmente peligrosa, tipo de sangre equivocada, y lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI)⁹.

Resultados de la entrevista al paciente

El paciente, pertenece a los Testigos de Jehová hace 37 años. Él explica que Dios considera la sangre

Tabla 1. Acciones para la evaluación de actividades de Medicina Transfusional

1. Asignar la responsabilidad de la evaluación a médicos capacitados para estas funciones.
2. Evaluar, por médicos representativos de los servicios clínicos en los que se utilizan transfusiones, al menos en forma trimestral, el uso de la sangre. Incluir en la evaluación: a. Los productos que se utilizan para transfusión en el establecimiento. b. Los procesos para la seguridad de la sangre y las reacciones adversas, inmediatas- tardías. c. Los criterios de indicación en relación al tipo de producto, cantidad indicada y de acuerdo al conocimiento científico actual que demuestra que el/la paciente se beneficiará con la transfusión. d. Los procesos para la seguridad inmuno-hematológica y microbiológica de los productos transfundidos. Estos comprenden, entre otros, la calidad y cobertura de: - Tipificación de los grupos sanguíneos. - Estudios de anticuerpos irregulares. - Reacciones cruzadas donante-receptor. - Errores en tipificación o administración en el despacho de sangre o componentes. - Cobertura de los tamizajes microbiológicos y transfusión de sangre o productos a los que no se han realizado tamizajes microbiológicos. e. Revisar en forma sistemática el uso de la sangre y sus productos. Atenerse a los criterios establecidos en la revisión de las indicaciones. f. Incluir si las transfusiones solicitadas se cumplieron adecuadamente en relación al tipo de producto, volumen y oportunidad de la transfusión.
3. Establecer sistemas de vigilancia activa de reacciones adversas a las transfusiones. Incluir al menos sobrecarga de volumen, infecciones virales y bacterianas, anafilaxis y reacciones febriles, alérgicas y hemolíticas en la evaluación. Incluir en la vigilancia a todas las transfusiones.
4. Establecer por escrito y en conocimiento de todo el cuerpo médico los procedimientos para indicar transfusiones. Incluir que la solicitud sea escrita por un médico que conozca el caso clínico en forma directa y que la indicación se encuentre justificada por escrito en la historia clínica del caso al solicitarla.
5. Establecer normas locales que definan los registros necesarios, sección de la historia clínica en que se realizarán y que incluyan al menos la oportunidad de la transfusión, estudios de compatibilidad inmuno-hematológica, producto y volumen administrado, complicaciones si las hubo y responsables del procedimiento.
6. Elaborar informes escritos de los procesos de revisión de la calidad de la Medicina Transfusional que incluyan los responsables de la evaluación, conclusiones, recomendaciones, acciones que se tomaron y los resultados de las acciones.
7. Documentar en la memoria anual del establecimiento la evaluación y diagnóstico de situación de las actividades de Medicina Transfusional local.



sagrada, por lo que deben abstenerse de recibirla para obtener buena salud. Además, la sangre pertenece a Dios, simbolizando la vida y el derecho que tiene Él de mantener a las personas con vida o no.

Al comentar la experiencia de necesitar transfusión sanguínea, explicó que, a raíz de las consecuencias de cuando tuvo un infarto agudo al miocardio, requería de una cirugía a corazón abierto. Al hospital que acudió, explicó que se abstenía de transfusión sanguínea, frente a lo que el médico le aseguró que no habría problemas. Sin embargo, en la ficha habían escrito que sí aceptaba transfusiones, por lo que decidió buscar otro centro donde pudieran aceptar esta decisión. Finalmente encontró donde había especialistas en operar sin realizar transfusión sanguínea.

Resultados de la entrevista al familiar

El familiar también ha pertenecido a los Testigos de Jehová durante casi toda su vida. Al comentar sobre las transfusiones sanguíneas, ella dice que para su religión y para ella la sangre es sagrada, por lo que no acepta transfusión en ninguna circunstancia. Respeta a las personas que se someten a transfusiones, por que la decisión es personal, debido a que ella tiene conocimiento sobre la importancia del procedimiento y sus múltiples beneficios en circunstancias de riesgo.

Resultados de la entrevista al experto

El experto es perteneciente al área de salud. Comenta que nunca ha presenciado una situación en que un Testigo de Jehová se haya negado a una transfusión sanguínea.

Además, explica que, en situaciones de riesgo vital, por lo general no se consulta a los pacientes sobre su religión, sino por otros antecedentes como alergias, enfermedades crónicas, entre otros. Se le preguntó qué hacer en caso que un paciente de esta religión se niegue a la transfusión, respondiendo que el paciente es dueño de su cuerpo y él tiene la decisión de optar. Recalca que no sería éticamente correcto llegar a transfundir a un paciente que se haya negado al procedimiento.

Respecto a la existencia de tratamiento para este tipo de casos, el experto mencionó que hay diversas alternativas, pero que éstas implican un alto riesgo, ya que, en caso de complicaciones, es necesaria la utilización de sangre para salvar a la persona.

Finalmente, el experto comenta que Chile carece de legislación en el marco de salud en este tipo de situación. Esto limita al personal de salud porque no existen protocolos que permitan que se realicen los procedimientos pertinentes para estos casos en específico.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo al analizar las entrevistas realizadas, es la variedad de opciones que tienen los

Testigos de Jehová para poder realizar procedimientos clínicos sin la necesidad de transfundir sangre; todo gracias a los avances tecnológicos e investigaciones acerca del tema.

Otro hallazgo, es el acotado grupo de profesionales especializados en este caso en Chile, lo que se refleja en lo que mencionó el experto: *“Chile es un país en vías de tener al personal capacitado para estos casos”*. Lo anterior genera una problemática, debido a que las cirugías sin transfusión sanguínea no solamente se realizan a Testigos de Jehová, sino que son una opción para cualquier persona; por lo que es necesario que el personal de salud se informe y así pueda brindar los cuidados necesarios a estos pacientes, respetando sus decisiones. Para esto, se debería incentivar el estudio sobre estos procedimientos y técnicas quirúrgicas que eviten la transfusión sanguínea, como el uso de eritropoyetina.

Dentro del análisis es importante enfatizar lo dicho por el experto, quien menciona que respeta en su totalidad la opinión y opción que escogen los Testigos de Jehová. Sin embargo, no todos los médicos comparten esta postura, y cuando se ven expuestos a este tipo de situaciones, se les hace aún más complicado, debido a que en Chile no existen leyes que regulen un marco protocolar para que el personal de salud actúe pertinentemente en estos casos, en los que la religión y las creencias humanas tienen prioridad para el paciente.

Finalmente, es fundamental recalcar que, para acceder a un tratamiento sin transfusión sanguínea, sólo es posible en el sector privado de salud, ya que los médicos especializados en esto no atienden por Fonasa. Por ende, las personas con bajos recursos económicos no tienen acceso, y las personas que pueden acceder deben pagar alrededor de 15 millones de pesos, para que su decisión sea respetada.

Semejanzas y diferencias con respecto a la literatura especializada

Al analizar las entrevistas se encontró una leve discrepancia entre lo que dice el experto y lo ocurrido al paciente previo a una cirugía, ya que el experto asegura que cuando un paciente no quiere ser transfundido, esta decisión debe ser respetada, independiente de la opinión médica. Sin embargo, lo vivido por el paciente demuestra que su decisión no fue respetada completamente, ya que, según su ficha médica, iba a ser transfundido contra su voluntad.

Esta situación, analizada a la luz de los Determinantes Sociales respecto al enfoque de salud y bienestar, acarrea una desigualdad en el trato de las personas Testigo de Jehová que no aceptan una transfusión sanguínea. En caso de una emergencia, el trato es diferente, como quedó explícito en la entrevista al paciente y su familiar. Ellos refieren que son tratados como sectarios, por ende, el trato del



personal de la salud es diferente con una persona que sí acepta la transfusión, versus una que no la acepta, provocando una desigualdad en el trato médico-paciente y un perjuicio, además, de la salud mental de del paciente.

En caso que el paciente sea un menor de edad, y existiendo oposición de los padres para transfundirlo, el hospital se acoge a la presentación de un “juicio de amparo”, que otorga de manera rápida la tutela temporal del niño al hospital, específicamente a la asistente social, logrando así que el hospital tenga la libertad de acción de hacer lo que estime conveniente y proteger la vida del niño.

Otro de los hallazgos importantes que se evidenciaron es que, al momento de la muerte inminente, el experto da a entender que de igual manera la decisión final se evalúa caso a caso.

Para finalizar, el hallazgo en que el usuario, familiar y experto concuerdan, es que la decisión siempre es del paciente, independiente de lo que diga o quiera la familia. Argumentan que la decisión es completamente personal, por lo que tampoco se debe juzgar al paciente por las decisiones que toma. Es por esto que el personal de salud debe tener claro que el paciente tiene el derecho de rechazar o aceptar cualquier tipo de tratamiento, sin ser juzgado¹⁰.

CONCLUSIÓN

Recomendaciones para los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud deberían conocer qué implica profesar esta religión y cuáles son sus creencias en el ámbito médico, por ejemplo, las transfusiones sanguíneas, además de las técnicas apropiadas para tratar a este tipo de pacientes¹¹. En caso que el paciente se niegue a la transfusión de sangre por una decisión personal, el personal de salud debe tener recursos para tratar su afección médica de igual manera.

Importancia en la formación de pregrado

Este artículo científico es de gran importancia para la formación de pregrado, ya que permite al estudiante formarse como profesional con conocimientos útiles con los cuales ayudar a la población, con sus necesidades y desafíos del siglo XXI. A la vez, se puede poner en práctica los distintos valores que inculca la UDD, tales como el compromiso con el desarrollo de una sociedad de personas libres, adhesión a los valores del humanismo cristiano, libertad de pensamiento, diversidad y su libre expresión, excelencia académica, no discriminación y valoración de la diversidad¹³.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Llanes O, Echevarría A, Suarez M. La hemotransfusión en los Testigos de Jehová como un problema de las Ciencias Médicas. *Rev Cuba Anesthesiol Reanim*. [Internet]. 2013 [citada el 7 de junio de 2019];12(2):169-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000200008&lng=es&tlng=es
2. Besio RM, Besio HF. Testigos de Jehová y transfusión sanguínea. Reflexión desde una ética natural. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2006 [citado el 1 de junio de 2019];71(4):274-79. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000400010>
3. Testigos de Jehová [Internet]. Pennsylvania: Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania; c2019. ¿Dice la Biblia algo acerca de las transfusiones de sangre?; s.f. [citado el 5 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/biblia-transfusiones-sangre/>
4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Norma General Técnica N° 42 sobre proceso de mejoría de la medicina transfusional [Internet]. Santiago; 2000 [citado el 5 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.leychile.cl/Consulta/m/norma_plana?org=&idNorma=153439
5. Hospital de Linares. Protocolo indicación de transfusión, manejo de hemocomponentes y hemoderivados [Internet]. Linares; 2014 [citado el 5 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.hospitaldelinares.cl/hoslina/wp-content/uploads/2016/03/GCL-1.7-Protocolo-Indicacion-de-Transfusion1.pdf>
6. Mayo Clinic [Internet]. Minnesota: Mayo Foundation for Medical Education and Research; c1998-2019. Transfusión de sangre; 2018 [citado el 5 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/blood-transfusion/about/pac-2038-5168>
7. La Tercera [Internet]. Santiago: La Tercera; c2019. Cuando la fé mueve a la ciencia; 2018 [citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/cirugias-sin-transfusiones/55100/>
8. Red Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. Santiago: Hospital Clínico Universidad de Chile; c2019. Cirugía Sin Transfusión de Sangre; s.f. [citado el 13 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.redclinica.cl/plantilla/programas-y-centros/cirugia-sin-transfusion.aspx>
9. Stanford Children's Health [Internet]. California: Stanford Children's Health; c2019. Beneficios cirugía sin sangre; s.f. [citado el 6 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/es/service/blood_less-surgery/benefits
10. Bernal M. Trabajadores de la Salud como grupo cultural [Internet]. Canvas, Universidad del Desarrollo. 2018 [citado el 5 de julio de 2019]. Disponible en: http://recursoscd.udd.cl/cursos_online2018_1/fund_socio_antrop_salud/Margarita-Trabajadores_Salud.mp4
11. González A. Evolución del método de transfusión sanguínea y alternativas terapéuticas. *MEDISAN*. [Internet]. 2019 [citado el 8 de julio de 2019];14(7):982.



NOCHES DESCONECTADAS

Isabella Dachiardi^{a*}

^aEstudiante de Tecnología Médica, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 24 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 19 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Hoy en día la tecnología nos permite estar conectados en todo momento y circunstancia, lo que nos ha traído un sinnúmero de beneficios a nuestro diario vivir. Sin embargo, lo que no esperábamos de esta nueva forma de relacionarnos, era que vendría acompañada de un costo no menor que se reflejaría en nuestra salud, el llamado “insomnio tecnológico”.

Palabras clave: Salud, Insomnio, Tecnología.

INTRODUCCIÓN

Es la cuarta vez que miro el reloj y llevo más de una hora intentando dormir. Como no logro hacerlo, aprovecho de tomar mi celular para darle una mirada a Instagram, Facebook, Twitter, leer alguna noticia de último minuto, o mejor aún, ver de nuevo alguna temporada de *Game of Thrones*. Seguramente, más de alguno de ustedes ha pasado por una situación similar, donde finalmente no conseguimos descansar y al día siguiente nos sentimos agotados y desconcentrados. Las personas que me rodean en su mayoría tienen dificultad para conciliar un sueño reparador, y es por esto que me surgió la idea de comentar sobre esta situación.

Somos conscientes de que la tecnología nos ha brindado grandes beneficios, haciéndonos la vida más fácil en muchos aspectos, sin embargo, también nos ha generado un mayor estrés y particularmente malos hábitos de sueño. Hoy en día nos vemos enfrentados a un nuevo trastorno del sueño llamado “Insomnio Tecnológico”.

Los aparatos electrónicos con pantallas, como celulares o televisores, afectan los niveles de producción de la hormona melatonina, encargada de regular nuestros ciclos de sueño. Esto se debe a que nuestro cerebro todavía piensa que es de día, por lo que una exposición prolongada a estos aparatos nos provoca insomnio o interrupción del sueño. Cuando sea de día estaremos irritables, con dolor de cabeza, fatiga ocular y estrés visual como consecuencia de un mal dormir¹.

Ante este estado, muchos de nosotros creímos encontrar la solución automedicándonos, incluso con antihistamínicos para lograr el preciado descanso. Un dato del cual no nos debemos enorgullecer, es que Chile es uno de los países en que más se toman fármacos para dormir, donde un 23,7% de las personas usan sedantes para conciliar el sueño².

Entonces ahora tenemos una doble adicción: la tecnología y los medicamentos para dormir.

Sabemos que este tipo de fármacos pueden causar efectos secundarios como la dependencia, somnolencia durante el día, mayor probabilidad de contraer Alzheimer, en especial en el adulto mayor, y si los dejamos de golpe, pueden provocar síndrome de abstinencia.

A pesar de todo lo anterior, lograr un sueño reparador sin que nos afecte el uso de la tecnología y sin necesidad de recurrir a pastillas para dormir, a menos que sea un caso crónico, puede resultar más fácil de lo que se cree. Existen medidas como mejorar nuestra higiene del sueño que nos ayudarán a revertir los efectos de este trastorno. Con esto me refiero a mantener horarios fijos para ir a la cama, consumir comidas livianas antes de dormir, realizar ejercicios de relajación, utilizar el modo noche para limitar la luz que desprenden los dispositivos, y, de lleno, desconectarse de los aparatos electrónicos por lo menos una hora antes de dormir³.

Estas son algunas conductas que podemos modificar para obtener un sueño reparador. Si bien no es simple de realizar, pues se requiere de constancia y disciplina, nos permitirá mejorar nuestra calidad de vida. ¿Estaremos dispuestos a hacer un esfuerzo? ¿o solo queremos soluciones rápidas y perjudiciales?, al fin y al cabo, eres tú quien decide, por mi parte cuando vaya a dormir dejaré el celular apagado hasta mañana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Drake C, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depress. Anxiety*. 2003; 18:163-76.
2. Economía y Negocios [Internet] Santiago: Economía y negocios online; c2002. El insomnio es un problema que desvela cada vez a más chilenos; 2018. [citado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=477256>
3. Romero O, Sagalés T, Jurado M. Insomnio: diagnóstico, manejo y tratamiento. *Rev Med Univ Navarra*. 2005;40(1):25-30.



LA TECNOLOGÍA EN LA SALUD

Paola Hidalgo^{a*}

^a Estudiante de Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 12 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 23 de diciembre, 2019.

RESUMEN

Introducción: La salud se ve favorecida de una manera muy especial por el extraordinario desarrollo de la tecnología. **Desarrollo:** En la presente reflexión se pretende, en primer lugar, definir lo que se entiende por tecnología, para luego dilucidar su rol actual en el área de la salud. A través de la revisión de distintos conceptos, se pretende reflexionar acerca de lo que se espera de la tecnología en el futuro. **Conclusión:** la obligación de los profesionales, y sobre todo de las nuevas generaciones, es estar al tanto de los avances tecnológicos. **Palabras clave:** Salud, Tecnología biomédica, Beneficios en salud.

INTRODUCCIÓN

Ya desde el primer año de carrera de cualquier estudiante universitario, se va haciendo presente la importancia de la tecnología. En materias tan delicadas como la salud, es vital aprovechar su instrucción al máximo, debido a que el foco es mejorar la calidad de vida de las personas e incluso llegar a salvar vidas humanas.

DESARROLLO

La tecnología, según la RAE, es el conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico¹. Este conocimiento crece cada día, de una manera inimaginable, permitiendo cambios como nunca antes se habían visto, tanto en los tratamientos como en los procedimientos en salud².

Un ejemplo del avance tecnológico son las bioimpresoras en 3D. Estas han logrado, utilizando células madre, imprimir estructuras tridimensionales³. Las mismas, son capaces de crear prótesis a las que se añaden sensores para recoger señales y realizar movimientos. Las aplicaciones prácticas de estas prótesis se usan principalmente en casos de amputaciones y defectos congénitos.

Una de las áreas que tiene una mayor capacidad de desarrollo es la radiología. Actualmente, el análisis de una radiografía es realizado por un médico. Podría enviarse esta imagen a un programa informático que detecte patrones que pueda leer y comparar con millones de otras radiografías³. La capacidad de análisis y de comparación de una máquina es infinitamente superior al de un ser humano, lo que permitirá, en un futuro cercano, acceder a diagnósticos mucho más rápidos y eficientes.

Por otra parte, también existe todo un sector de la tecnología dedicado a los exoesqueletos⁴. Estos pueden realizar movimientos de partes amputadas, así como también, levantar más peso de lo que una persona normal podría soportar. Un último ejemplo del progreso del conocimiento científico son las terapias génicas. Estas permiten la transferencia de ADN a las células de una persona para tratar una enfermedad. Estas terapias génicas también

posibilitan la “edición de genes”, que logran corregir el ADN de una persona⁴.

La evolución de la tecnología obliga a los estudiantes de salud a estar al tanto de sus avances. Para ello, se cuenta con múltiples recursos que permiten acceder al conocimiento, ya sea desde un computador o teléfono móvil, se puede estar actualizado, prácticamente de cualquier materia. El aprovechamiento de estos recursos permitirá mejorar los actuales diagnósticos, tratamientos y procedimientos de las áreas de la salud.

CONCLUSIÓN

La tecnología tiende a facilitar muchos aspectos en el área de la salud, y las evidencias de ello son abundantes. Cada día surgen nuevas tecnologías en la salud, por lo que la obligación de los profesionales, y sobre todo de las nuevas generaciones, es estar al tanto de los avances tecnológicos.

Entonces, luego de reflexionar al respecto, quedan planteadas las siguientes preguntas: ¿Qué espera a los estudiantes de la salud en el futuro, si la tecnología está en constante renovación?, ¿hasta qué punto se desarrollará la tecnología?, ¿logrará la tecnología reemplazar todas las funciones que realizan actualmente los profesionales?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asale R. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario [Internet]. 2019 [citado el 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=ZJ2KRZZ>
2. Tecnología y el Futuro de la Salud - Innovación Chilena [Internet]. 2019 [citado el 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://innovacionchilena.cl/tecnologia-y-el-futuro-de-la-salud/>
3. Cuatro aplicaciones de Big Data en Radiología Médica [Internet]. 2019 [citado el 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/pulse/cuatro-aplicaciones-de-big-data-en-radiolog%C3%ADa-m%C3%A9dica-miguel-angel>
4. Elsevier Connect [Internet]. 2019 [citado el 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/innovacion-tecnologica-salud/5-tecnologias-que-van-a-revolucionar-el-mundo-de-la-medicina>

*Correspondencia: phidalgoc@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 46



PROFESIONALES DE LA SALUD, UNA OPORTUNIDAD DE IDENTIFICACIÓN

Gabriel Álvarez Martínez^{a*}

^aEstudiante de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 24 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 2 de enero, 2020.

RESUMEN

La identidad es un elemento esencial en la vida de cualquier profesional. En los últimos meses, el Ministerio de Salud ha realizado una serie de esfuerzos por modificar el actual Código Sanitario, que se ha mantenido sin mención específica a la mayoría de las profesiones de la salud que han ido desarrollándose desde su redacción, constituyendo un grave vacío que estorba la correcta regulación de estas, al tiempo que desprecia el valor de la labor de los profesionales. El nuevo proyecto de modificación explicitaría la inclusión de once profesiones antes no mencionadas. Adicionalmente, existe la permanente costumbre de asociar ciertas profesiones de la salud a géneros determinados, una práctica presente en círculos académicos y universitarios. La adherencia a estos estigmas hiere el alcance de una identidad sana durante la formación de alumnos de pregrado y retrasa el progreso general de nuestra sociedad. El futuro, no obstante, parece prometedor.

Palabras clave: Salud, Identidad social, Rol profesional.

El presente mes nos dio la bienvenida de manera especial, con una feliz coincidencia para la comunidad del área de la salud. Este año, la primera semana de mayo comenzó el lunes 6 con el Día del Nutricionista y del Kinesiólogo y terminó el domingo 12 con el Día de la Enfermería. Justamente, la celebración de estos días puede servirnos para tomar conciencia sobre un tema de relevancia humana: la búsqueda de identidad.

Este año ha sido uno histórico para la salud chilena. Exactamente dos meses antes de nuestra querida semana de festejos, el Ministerio de Salud anunciaba la tercera reunión, realizada a la víspera, de un proyecto sumamente relevante: una modificación al Código Sanitario¹. El Código Sanitario –como estipula en su primera página–, tiene la responsabilidad de regir *“todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes”*².

Desde el 2017, se ha realizado una serie de esfuerzos para encumbrar el Proyecto de Modificación del Código Sanitario recién mencionado, específicamente, del artículo 112 de su Libro V *“Del ejercicio de la medicina y profesiones afines”*². Desde su redacción, este Artículo ha dejado mucho que desear. Su función es, *a grosso modo*, regular *quién* ejerce atención en salud y *cómo* ejerce dicha atención.

El problema yace exactamente en esos dos puntos: *quién* y *cómo*. La respuesta, hasta hace poco, era clara (o, más bien, claramente vaga): los médicos, los odontólogos, los químicos farmacéuticos y los “otros”. ¿Quiénes son los otros? Oficialmente, nadie.; Realmente, una mayoría evidente y alienada. Es así como todas las áreas de la salud, excluyendo las tres mencionadas, *literalmente* no poseyeron reconocimiento ni regulación alguna por parte del único cuerpo legal que debería respetar a ellas durante medio siglo.

Por lo tanto, no existía ninguna regulación explícita sobre las labores, el quehacer, los derechos ni las limitaciones legales de estas profesiones. En buenas cuentas, no existían las profesiones. Imaginen la magnitud de dicha aseveración: hace dos años, la legislación chilena las consideraba como “las otras” o (lo que es lo mismo) no existía legislación para estas profesiones de la salud. El último par de años, y a partir de octubre del año pasado (2018), se ha realizado un esfuerzo por cambiar ese “otros” del Artículo 112 y poner nombre a dichas profesiones, que, por cierto, ya existen.

Hoy, el Proyecto³ ya redactado, establece un Artículo 112 extenso, que considera el ejercicio de la *“medicina, odontología, química y farmacia, bioquímica, enfermería, matronería, kinesiología, terapia ocupacional, nutrición y dietética, psicología, fonoaudiología, tecnología médica, medicina veterinaria y trabajo social”*. Es un triunfo para los profesionales de la salud y para todos los chilenos. No obstante, aún queda un gran camino. En el marco de leyes que identifican a nuestros profesionales, surge también una igualmente importante necesidad de procurar profesiones identificadas con sus “ejercedores”. Es chocante la tendencia, aún existente, a relacionar las profesiones a un género en particular; incluso en conversaciones cotidianas. El estigma insiste en florecer.

Pareciera que debe hacerse un esfuerzo activo por incluir la palabra “enfermeros”, por ejemplo, al enlistar profesionales de la salud. En la universidad, en los cursos de plan común, los profesores irremediablemente hablan de nosotros, los futuros “kinesiólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas y enfermeras” que seremos. No existen enfermeros. Hasta hace poco se hablaba del “día de la nutricionista”. y ¿el día del enfermero? ¿Habla alguien alguna vez de los matrones?

Es de suma relevancia atender a las palabras, pues es en la costumbre del lenguaje que queda

*Correspondencia: galvarezm@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 47-48



reflejada la realidad y, en la cotidianeidad de las formas, que se sostiene el edificio de los cambios sociales. Debe evitarse estancar el lenguaje, pues es su dinamicidad, precisamente, la que nos permite desarrollar el pensamiento. Especialmente durante nuestra formación profesional, como alumnos, la apropiación de una identidad es crucial; nos ayuda a orientar nuestros esfuerzos, abrazando los desafíos surgentes con una impronta propia, creativa y eficiente, que un día nos servirá para entregar la mejor atención posible a nuestros pacientes.

Mientras logramos la efectividad legal, enfoquémonos también en hallar una identidad igualitaria. Este es un año en que “Fono”, “Kine”, “Nutri”, Bioquímica, Enfermería, Matronería, “TO”, Psicología, “TM”, Veterinaria y Trabajo Social tallan en piedra sus nombres. Un mes en que Enfermería, Nutrición y Kinesiología, recuerdan juntos sus raíces.

Hagamos que sea un año, también, para seguir forjando nuestra identidad al deconstruir las discriminaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL; s.f. Modificación al código sanitario: Comité de Expertos Aborda Desafíos en Regulación de los Profesionales de la Salud; 2019 [citado el 10 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/modificacion-al-codigo-sanitario-comite-de-expertos-aborda-desafios-en-regulacion-de-los-profesionales-de-la-salud/>
2. D.F.L. N° 725/57, de Código Sanitario. (Diario Oficial de la República, 31-01-68). Ley aprobada.
3. Consejo Asesor. Proyecto Modificación Código Sanitario, Libro V: Del ejercicio de la Medicina y Profesiones Afines [disertación]. [Chile]: Ministerio de Salud; 2019. 23p.



CONSIDERACIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE ENFERMEROS EN AMÉRICA LATINA

Valentina Flores^{a*}

^aEstudiante de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 24 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 30 de diciembre, 2019.

RESUMEN

En sus publicaciones “Reflexiones sobre ética y enfermería en América Latina” y “Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina”, Taka Oguisso y María Consuelo Castrillón, respectivamente, comparten sus vivencias, reflexiones y experiencias como profesionales de la salud sobre la formación de futuros enfermeros, analizando además las modificaciones que ha sufrido la profesión en su práctica, como el paso de la enfermería de una actividad informal a una carrera universitaria y los procesos de modernización, con el fin de abrir un espacio de debate entre todos aquellos que tengan que ver con la formación de profesionales de la salud, sin dejar de lado los parámetros éticos de la atención en salud en los nuevos desafíos de la medicina, para así estimular el desarrollo de acciones enfocadas a fortalecer la enseñanza en enfermería con la colaboración de enfermeros líderes de la construcción del futuro deseado, con tenacidad y audacia para alcanzar los fines procurados

Palabras clave: Educación en enfermería, Planificación en salud, Recursos humanos en salud, Ética en salud.

INTRODUCCIÓN

El presente documento está centrado en las experiencias de las enfermeras Taka Oguisso y María Consuelo Castrillón, quienes por separado analizan la formación de futuros enfermeros en América Latina, considerando aspectos tales como los procesos a los cuales ha sido sometida la enfermería como profesión y las enseñanzas sobre la ética que nos son transmitidos como futuros profesionales del área de la enfermería.

Como ya se postuló, el análisis se enmarcará en el contexto de las vivencias y observaciones de las profesionales de la salud ya mencionadas, acerca de la formación de enfermeros en Latinoamérica. Esto debido a que existe una gran desigualdad en la calidad de enseñanza a enfermeros en la región estudiada, provocando en reiteradas ocasiones un servicio ineficiente, puesto que no están preparados para enfrentar los desafíos que se presentan en la actualidad.

La reflexión parte de una necesidad propia de entender las implicancias del rol de la enfermería en la sociedad, y específicamente en el contexto de mi región, además del análisis de los modelos de enseñanza existentes, con el fin de poder cuestionar si realmente están en sintonía con las necesidades actuales, tanto en lo teórico, como en lo práctico y ético, para así poder cumplir con las exigencias y expectativas que se tienen para los profesionales en el área de la salud conectada con su entorno.

En una primera instancia se analizará cual es la importancia de la enfermería en la sociedad teniendo en cuenta la relevancia de la ética en la profesión, y cómo es actualmente la formación de estos en Latinoamérica, ya que, se considera de suma relevancia “tener presente la naturaleza y características del origen de la enfermería”¹. Siguiendo esta línea, se hablará de los cambios que

han existido, y cómo se ha acomodado la enfermería a la modernización de la sociedad.

Luego, comparando las propuestas de ambas autoras, se observarán las distintas opciones que ofrecen para mejorar la temática en discusión, abarcando así, desde la ética en enfermería hasta factores que se estima, pueden resultar de gran relevancia en la educación de la profesión.

Finalmente se hablará de la relevancia de abordar la formación de los futuros enfermeros. Esto con motivo de armonizar su desarrollo, con el fin de que sean pertinentes para el contexto en que nos desenvolveremos como profesionales de la salud en la práctica de la enfermería.

DESARROLLO

La enfermería, como arte del cuidado, ha sufrido significativas transformaciones desde sus inicios en la prehistoria, donde el rol de cuidador se les asignaba principalmente a mujeres con el fin de mantener la vida, hasta la actualidad, donde prevalece mayoritariamente la participación femenina, pero donde el fin es poseer un cuerpo de conocimiento propio de la disciplina, para adquirir una connotación profesional.

Es así como la enfermería pasa de una práctica informal a un trabajo profesional regulado por entidades mundiales, por lo que es necesario la existencia de centros de formación y universidades que brinden los conocimientos necesarios para desarrollar la profesión.

La formación que recibe un estudiante de enfermería a lo largo de su vida académica se refleja directamente en la manera de desarrollar sus labores profesionales, ya que la enseñanza que se nos brinda en la universidad es lo que entenderemos como el “rol de enfermería”, desde una mirada práctica y ética,

*Correspondencia: valfloresg@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 49-51



donde el ambiente académico debería ser capaz de otorgar valores como el respeto por la diferencia, la libertad, la autonomía, la convivencia, la tolerancia y la solidaridad, que constituyen el carácter propio de la enfermería. Por otro lado, la forma en que se adquieran los conceptos teóricos de la profesión serán determinantes a la hora de enfrentarnos tanto al individuo como la comunidad cuyas necesidades de salud requieran de nuestra ayuda.

Es así como esta profesión, mirada como el arte de cuidar, se caracteriza a nivel mundial como la entrega de atención biopsicosocial, donde el rol de la enfermería se centra, principalmente, en el compromiso de la entrega de cuidados como base moral del desarrollo de las obligaciones éticas.

Los modelos de enseñanza en enfermería presentan una amplia brecha de desigualdad, principalmente en Latinoamérica. Aunque es sabido que el proceso de formación de enfermería constituye un proceso de solidificación de conocimientos, principios, conciencia sanitaria y habilidades técnicas de acuerdo con lo postulado por María Castrillón², la divergencia prevalece, ya que el mayor nivel de desarrollo académico se da en países y universidades que están constantemente bajo un proceso de autoevaluación, generando una cultura de compromiso con la calidad de la educación, donde los mejoramientos académicos y la evaluación docente crean una preocupación permanente en torno a políticas y lineamientos formativos en la administración académica.

Sin embargo, aún existen programas educativos donde no se discuten los desarrollos de las mallas curriculares propias con las del mundo, lo que les hace alejarse del contexto de desarrollo profesional debido a la conservación de pedagogías tradicionales y poco actualizada, por lo que no todos los estudiantes de esta profesión tienen acceso a una formación de calidad garantizada. De esta manera, ocurre que en muchos países todavía proliferan escuelas poco reguladas que no certifican una enseñanza de calidad, haciendo que su número de graduados no sea muy alto, lo que significa que este sistema no es capaz de producir el número de profesionales en enfermería necesarios, provocando escasez y un desequilibrio en la dinámica del trabajo en salud.

Otro punto para considerar es el traspaso de la conciencia ética en enfermería, que se refiere a la existencia de prácticas cuestionables, ejercidas por enfermeras poco humanizadas, alejadas del contexto en que se desempeñan, lo que les impide entregar un servicio que esté acorde con los requerimientos del lugar en que realicen sus labores. Como ya vimos, existen muchos lugares donde no se garantiza una educación de calidad, lo que implica que tampoco se garantiza formar enfermeros con una conciencia ética garantizada, pero ¿por qué es tan importante la ética en esta profesión? De acuerdo con Taka³, la ética es

un juicio crítico de valores, que necesita reunir condiciones específicas, siendo el cuidado el principal valor para la enfermería, ya que este constituye en sí a la esencia de la profesión. Además, para enfermería existen principios éticos como la beneficencia, autonomía, justicia, fidelidad, veracidad y confidencialidad que nos guían a tomar una decisión ética, además de los conocimientos empíricos a la hora de determinar las estrategias de atención a los pacientes.

Cabe destacar que a lo largo de los años las organizaciones de cada país de la zona de estudio han desarrollado regulaciones gubernamentales que se han encargado de legislar sobre los estándares de educación. Esto con el fin de asegurar un sello de calidad en los diversos centros de educación y universidades para poder así certificar que efectivamente, sin importar el lugar en que una persona se forme, podrá cumplir con los requerimientos de su profesión, ya que, supuestamente, cumple con todos los conocimientos empíricos necesarios para desarrollarse en enfermería. Un ejemplo de lo mencionado son las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015⁴ organizadas por la Agenda de Salud para las Américas, las cuales definen políticas y planes a largo plazo para preparar a profesionales que se adapten a los cambios del sistema, ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, y promover iniciativas para que los países en desarrollo conserven su personal sanitario, y así dar respuesta a las necesidades de salud en la población con servicios orientados hacia la calidad.

Si bien se han desarrollado diversas reflexiones en cada país de Latinoamérica que conlleven a regulaciones y legislaciones encaminadas a una educación de calidad, aún queda un extenso camino para asegurar este cometido, principalmente en el área de la salud, donde la educación transmitida a futuros profesionales de esta área jugará un rol crucial respecto a la vida de personas, las cuales estarán en manos de estos profesionales, quienes hasta el momento no necesariamente están capacitados a totalidad para desempeñar y realizar acciones derivadas de decisiones que sean éticas y basadas en un amplio conocimiento en su área.

Es así, como se provoca un desequilibrio en el sistema, el cual ya es desigual, puesto que el personal de enfermería se concentra en las áreas económicamente más favorecidas, en los servicios hospitalarios de alta complejidad, en el sector educativo y en puestos de dirección en enfermería, mientras que en las áreas desfavorecidas, los servicios comunitarios y la atención directa a los usuarios en general, se encuentra predominantemente a cargo de personal auxiliar o con educación elemental, ya que de igual manera la educación de calidad se encuentra más accesible a personas de un nivel económico más elevado.

Es fundamental recordar que la enfermería es una profesión que combina la posibilidad de tener un amplio conocimiento en el área para realizar labores cotidianas, con la necesidad de contar con una tenacidad que permita actuar de acuerdo con el instinto, para reafirmar la aplicación de su labor, por lo que es fundamental que exista una educación acorde a sus exigencias profesionales.

Finalmente, no se debe olvidar las consideraciones de ambas autoras, quienes, enfocadas en su trabajo, recalcan la importancia de recordar que el proceso de fortalecer la enfermería radica principalmente en la investigación sobre su trabajo, buscando la excelencia, tanto en la ciencia, como en la práctica, teniendo siempre en cuenta los principios éticos que definen a la profesión.

Tal como menciona Castrillón, *“ningún esfuerzo por el mejoramiento y modernización de la educación en enfermería es suficiente si los proyectos académicos y de investigación no se articulan con los servicios de salud como estrategia que propicie desarrollos armónicos y pertinentes a las realidades de salud”*². De acuerdo con lo mencionado, el acercamiento de la enfermería a las comunidades no debe realizarse exclusivamente bajo el concepto de “su campo de práctica”, sino que deben aproximarse como seres de conocimiento que tienen la capacidad de educar y cuidar su entorno.

CONCLUSIÓN

Sin otro objetivo que abrir un espacio de reflexión para todos aquellos que estén involucrados con la formación de enfermeros, esta reflexión se replantea como los enfermeros fueron formados y como están formando a sus futuros colegas.

Las preguntas que se desprenden del texto

desarrollado son ¿están realmente capacitados los enfermeros en Latinoamérica para satisfacer las necesidades de la sociedad actual?, ¿está la educación en armonía con esta? La respuesta queda a criterio de los que hoy analizan este texto, donde fueron planteados los argumentos y propuestos los objetivos de profesionales de la salud que reflexionaron sobre cómo se forman hoy en día.

Se declara que resulta de suma importancia no dejar de lado la relevancia de la ética en enfermería, la cual, de acuerdo con Taka Oguisso³, es la base para formular una decisión clínica, y que se constituyen como decisiones que enfermeros deberán adoptar en su día a día.

A pesar que la enfermería se ha actualizado a lo largo de los años, en cuanto a su modelo de enseñanza y su práctica, se puede desprender que al observar los trabajos de ambas autoras aún queda un largo camino que debe estar siempre en favor de las transformaciones que se den en la región donde se desenvuelvan, aludiendo siempre, tanto a su perfección científica como humanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wright G. El Análisis Crítico-Holístico de los programas de Postgrado de Enfermería frente a los desafíos de la reducción de la Demanda en América Latina. CICAD-OEA. Washington DC, 2003.
2. Castrillón Agudelo, MC. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. Invest Educ Enferm. 2008;26(2):114-21.
3. Oguisso T. Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina. Index Enferm. 2006;15(52-53):49-53.
4. Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud [Internet]. Washington DC: OPS; c2019. Metas Regionales: 2007-2015; 2007 [citado el 19 diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/metad-regionales-2007-2015>.



LA TRANSPARENCIA NO SE MENCIONA, SE DEMUESTRA: CHILE Y SU ACTUAL SISTEMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

Tamara Martínez^{a*}

^aEstudiante de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 24 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 31 de diciembre, 2019.

RESUMEN

En este ensayo se plantea como tesis la principal falencia que origina la baja tasa de donación de órganos en Chile, aplicando fundamentos basados en diferentes opiniones de la sociedad actual. También se menciona cómo la transparencia activa y pasiva influyen de manera directa en la confianza de la población sobre el sistema de donación.

Palabras clave: Obtención de tejidos y órganos, Salud, Trasplantes.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en un país como Chile, la desconfianza de la población hacia el Estado es clara. Ya sea en materia económica, política o social; pero también en un área fundamental como es la salud. Hoy en día, la tasa de donantes de órganos es una de las más bajas del mundo, y la preocupación por parte del Estado no se refleja en los cambios de ésta a lo largo de los años. La desinformación de las y los ciudadanas y ciudadanos, y los diferentes prejuicios de éstas y éstos al confidencial sistema, se manifiestan como las principales causas de la problemática, según diferentes autores. La transparencia del sistema de adjudicación de órganos chileno es nula, y la justificación de por qué se le dio un órgano a una persona y a la otra, no es totalmente confidencial. Como respuesta a esto, podemos afirmar que, sin una transparencia activa, nunca será posible que se aumente sustancialmente la donación de órganos.

DESARROLLO

¿Cómo funciona el actual sistema de donación de órganos chileno?

La actual Ley chilena afirma que *“toda persona mayor de dieciocho años será considerada, por el solo Ministerio de la Ley, como donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que hasta antes del momento en que se decida la extracción del órgano, se presente una documentación fidedigna, otorgada ante notario público, en la que conste que el donante en vida manifestó su voluntad de no serlo. El notario deberá remitir dicha información al Servicio de Registro Civil e Identificación para efectos del Registro Nacional de No Donantes, según lo establezca el reglamento respectivo”*¹.

Chile se encuentra posicionado como uno de los países con tasas de donación más bajas del mundo donde en su mejor año (2017), ha alcanzado 457 trasplantes gracias a 173 donantes². Para poder llegar a esta cifra histórica, el Gobierno chileno implementó una serie de reformas, dentro las cuales es posible destacar la consolidación del consentimiento presunto u *opt out*, incorporado en la

Ley 20.413 del 2010, con el fin de frenar el fuerte descenso que, desde 2006, experimentaron las cifras de donación³. En el mismo documento también se destaca la modificación de la Ley 20.673 en el 2013, que redujo las maneras de declarar la voluntad de no ser donante³. Una de las acciones que ha mostrado una mayor preocupación del Gobierno, es la creación de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, incorporada en la misma Ley desde enero de 2010. Este es un departamento dependiente del MINSAL, encargado de velar por el funcionamiento de los programas de donación y trasplante, en la red pública y privada de salud³.

Transparencia pasiva y activa

En Chile, predomina la transparencia pasiva del sistema de donación y trasplante de órganos sobre la activa. ¿Qué significa esto?, significa que las personas deben solicitar la información a las distintas autoridades, en vez de que éstas la otorguen voluntariamente. Aunque el problema va más allá de esto, ya que no es sólo solicitar la información, sino que la mayoría de las veces no existe respuesta válida a estas. Es importante mencionar que en Chile el acceso a la información pública es un derecho amparado por la Constitución Política de la República en el artículo 8° y por la Ley 20.285, conocida como “Ley de Transparencia”, que plantea que la ventaja que supone esta normativa es que posibilita solicitar a la autoridad información detallada sobre el funcionamiento del sistema y, siempre y cuando no signifique vulnerar la privacidad de los pacientes, es de cumplimiento obligatorio para los distintos órganos del Estado. El documento plantea también que la desventaja reside en que, para obtener información, el solicitante requiere poseer *ex ante* algún conocimiento sobre el origen y administración de los datos, lo que no es de dominio habitual. Es por ello que los órganos internacionales recomiendan la transparencia activa, pues solo ella hace posible masificar información que es de gran relevancia para la población³.

*Correspondencia: tmartinezp@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 52-54



El necesario cambio

Por lo tanto, como se menciona anteriormente, sin una transparencia activa, nunca será posible que se aumente sustancialmente la donación de órganos. Esto se puede ver reflejado en que la falta de transparencia en los criterios de adjudicación de órganos fomenta la incredulidad de la comunidad en torno a las decisiones del sistema y, debido a la estrecha relación entre la opinión y percepción pública y la donación, su impacto negativo sobre todo el sistema es muy alto. Las autoridades debiesen brindar la información necesaria para satisfacer las dudas e inseguridades de las personas que se consideran no donante, por ejemplo, a la familia del posible donante, la cual cumple un rol fundamental en este sentido. Incluso, estudios señalan que *“la percepción de la justicia del sistema no solo afecta a la disposición personal de ser donante, sino también los deseos de los pacientes de someterse a un trasplante”*⁴. Además, se anularían millones de prejuicios que existen en la sociedad con respecto a este tema, como por ejemplo, los que menciona la enfermera Dunja Roje, Coordinadora Nacional de Procuramiento de Órganos del Ministerio de Salud: *“donan los pobres, se trasplantan los ricos”; “me van a dejar morir para sacarme los órganos”; “hay personas con muerte encefálica que después de años despiertan”; “la donación va en contra de la religión”; “las listas de espera están arregladas”; “se pueden vender los órganos”; “si soy donante, mi familia tendrá cobros adicionales”, entre otros*⁵.

Otro fundamento que es importante señalar es que un proceso justo requiere de la posibilidad de apelar a las decisiones médicas, dando a las personas herramientas para hacerlo, y la primera de ellas es la información. Si personas como los familiares del individuo que espera el trasplante no son capaces de saber por qué a una persona le dieron la posibilidad de seguir viviendo y a otra no, es lógico que la confianza sistema-donante no será posible. *“Saber quién y por qué recibió un órgano es muy importante para la gente. Y ello no se logra dando cuenta solamente del resultado de un procedimiento”*⁶.

Por otro lado, se menciona que la poca o en realidad, inexistente transparencia del sistema, se debe a que las autoridades temen que la explicitación de criterios y procedimientos pueda atentar contra la racionalidad de los sistemas y la confidencialidad de los datos de donantes y receptores, basándose en el principio número 11 de la Organización Mundial de la Salud, *Guiding Principles on Human Cell*, que afirma que la organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, se debe realizar con procedimientos transparentes y abiertos a inspección, garantizando siempre el anonimato personal y la privacidad de donantes y receptores⁷. Pero si se quiere que los pacientes acepten los límites propios asociados a la

escasez de recursos, es necesario darles las herramientas para que se comprometan con esas razones, así como, para tener una clara base para contradecirlas y no utilizar argumentos injustificados e inválidos.

CONCLUSIÓN

El Estado chileno debería dar una respuesta clara y precisa a las diferentes solicitudes de información que la mayoría de los familiares de donantes hace, impidiendo a éstas y éstos justificar sus prejuicios con respecto a la donación. La única manera de lograrlo es haciendo que el sistema se convierta en una institución totalmente transparente. La invitación al Gobierno chileno es a empezar a tomar medidas que hagan cambios evidentes, ¿cómo hacemos esto?, siguiendo el camino de países con sistemas totalmente eficientes como España, con una de las tasas de donantes más altas del mundo. Según las cifras del Ministerio de Sanidad de ese país, se batió el propio récord en 2014, con 4.360 trasplantes y una tasa de donación de 36 personas por millón de habitantes, cuando la media europea es de 19. Destaca que el sistema se compone de una organización central, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que funciona estableciendo como responsable de cada hospital a un médico especialista en cuidados intensivos, a quien se entrena en cómo detectar donantes, abordar a la familia y hacer lo necesario para lograr la donación. Esto último es importante, señala el organismo, pues los expertos destacan que la autorización de la familia de los fallecidos es fundamental para realizar la donación⁸. Por lo tanto, las soluciones están, sólo falta una motivación mayor y una buena organización de los recursos, para hacer que un tema tan importante como la donación de órganos, sea reconocido en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ley 20.673 modifica la Ley N° 19.451 respecto a la determinación de quiénes pueden ser considerados donantes de órganos. Chile: Congreso Nacional; 2013.
2. Ministerio de Salud. Datos donantes de órganos y receptores año 2017. Presentado en 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Datos-P%C3%A1gina-Enero-Diciembre-2017.pdf>
3. Zúñiga-Fajuria A, Merino M, Urtubia M. Una mirada al origen, funcionamiento y desafíos del nuevo sistema de donación y trasplantes chileno. Rev Méd Chile. 2018;146(6):780-5.
4. Klassen AC, Hall AG, Saksvig B, Curbow B, Klassen DK. Relationship between patients' perceptions of disadvantage and discrimination and listing for kidney transplantation. Am J Public Health. 2002;92(5):811-7.
5. Universidad San Sebastián [Internet]. Santiago de Chile: Universidad San Sebastián; c2019. Las razones por las que Chile aún no es un país donante de órganos. 2016 [citado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.uss.cl/blog/razones-chile-no-es-donante-organos/>



6. Oxford Scholarship Online [Internet]. Oxford: Oxford University Press; c2019. Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources? 2009 [citado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195149364.001.0001/acprof-9780195149364>
7. World Health Organization. Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. s.f. Disponible en: <https://www.who.int/transplantation/en/>
8. Zúñiga-Fajuri A. Transparencia y trasplantes: ¿es posible? Dilemas bioéticos de la adjudicación de órganos. Acta Bioeth. 2017;23(2):237-43.



COMUNICACIÓN EN SALUD: PROCESOS INTERDISCIPLINARIOS Y PRÁCTICAS COMUNICATIVAS

María José Atria^{a*}

^aEstudiante de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 24 de septiembre, 2019. Aceptado en versión corregida el 18 de diciembre, 2019.

RESUMEN

El ser humano vive en constante contacto con sus iguales, por lo que en el área de la salud hay que tener ciertos puntos de vista en cuenta. El buen traspaso de palabras entre individuos, específicamente paciente-profesional, favorece positivamente la atención del tratamiento. Se crea un vínculo beneficioso mediante la coparticipación y se extiende la comprensión de lo que se está diciendo. De esta manera, al fortalecer las habilidades comunicativas en el área de salud, se logra generar un ambiente en donde la coordinación de grupos de trabajo da lugar a la cohesión entre los participantes, permitiendo que a través de la interacción se alcancen las metas propuestas, así como también, a partir del apoyo y colaboración, se puede obtener entendimiento y satisfacción por parte de todos los involucrados.

Palabras clave: Comunicación en salud, Comunicación interdisciplinaria, Relaciones médico-paciente, Relaciones interpersonales, Conducta cooperativa.

INTRODUCCIÓN

El mundo ha cambiado a lo largo de la historia; somos evidencia del cambio o “evolución” del cual el hombre es tanto testigo como protagonista. Sin embargo, a pesar de los cambios que se han generado a través de la historia, ¿se puede afirmar que el hombre ha cambiado en su esencia? No se puede negar que el hombre ha enfrentado grandes cambios, sin embargo, hay algo que ha permanecido intacto; la influencia que tiene la sociedad y sus respectivas relaciones con y en el hombre en sí mismo. A más de alguno le ha surgido la pregunta ¿qué hacemos en este mundo? o ¿cuál es el sentido de estar en el mismo? Por más conscientes que estemos respecto a que millones de factores influyen en esta respuesta, se cree que al encontrar aquello que nos hace felices, podremos entender que se está en este mundo por una razón.

Para adentrarse a lo que se hablará específicamente en este ensayo y aferrándose a esta consigna, se introducirá al tema de la salud. En el área de salud se trabaja en equipo y dentro de este contexto se pueden generar ciertas problemáticas, por lo que se debe plantear la complejidad que enfrentan los grupos. Esto implica repensar el tema de la comunicación en la práctica y tomar conciencia de que puede ser utilizado como factor facilitador en el trabajo con los colegas y/o pacientes. En cada uno de estos equipos se establecen relaciones, vínculos y lazos. Dentro de los mismos, se pueden destacar habilidades, conocimientos e intereses de cada miembro y, a partir de estos, se adjudican los distintos papeles en función de cada uno de los participantes.

En mi caso personal, como estudiante de kinesiología, me hace ruido este tema, porque al momento de adentrarme en la parte profesional, se hace presente esta forma de trabajo. Y no solamente al momento de llegar a ser profesional, sino que desde el inicio de mis estudios se presentan

instancias en que el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales se vuelven de suma importancia para lograr alcanzar cualquier objetivo que me proponga.

DESARROLLO

Los problemas dentro del área de salud se relacionan con una falla en el proceso comunicacional entre médico y paciente. No siempre se entiende el intercambio de palabras entre estos, generando equivocaciones a raíz de errores en los procesos de interacción. Es de suma importancia generar una buena comunicación en el área de salud, y dado que en esta área el trabajo en equipo es constante, implica repensar el tema de interrelación en la práctica y reflexionar sobre el uso que hacemos de ese saber. La felicidad del hombre está directamente relacionada con la forma con la cual vive en la sociedad, es decir, con las relaciones que mantenga con otras personas, con el medio en el que se encuentra y en el cómo este se desenvuelve en sociedad. Las relaciones cada día toman una posición más importante en los procesos de comunicación, debido al gran auge que se ha generado en la formación actual, en donde los sistemas de salud han empezado a integrar el concepto de interdisciplinariedad. Esto es un gran aporte, especificarme en la comunicación en procesos interdisciplinarios para tratamientos kinesiológicos.

La interdisciplinariedad podemos entenderla como una integración de conocimientos provenientes de múltiples disciplinas con el propósito de generar acciones de manera integrada y cooperativa. Este es el método con el cual trabajaremos en un futuro, y por lo mismo es fundamental que aprendamos a aplicarla con el objetivo de que, ante cualquier problema que se presente, seamos capaces de comprender, explicar y proponer soluciones. Y es por todo esto que

*Correspondencia: matriab@udd.cl
2019, Revista Confluencia, 1(1), 55-57



una relación dialogante y colaborativa entre paciente y profesional mejora la calidad de la atención y tratamiento, como también el estado anímico de todos los involucrados en este sistema donde se entabla una conversación.

En primer lugar, un buen diálogo favorece la formación de un vínculo con el paciente, permitiendo la cooperación mutua. Esta unión desarrollada en la interacción debe ser integral, completa y efectiva para poder fortalecer el proceso. El estado anímico de cada individuo crea reacciones en el cuerpo, genera y mueve, a través de hormonas, neurotransmisores que lo cambian y adaptan según la situación. El cerebro decreta nuestra actividad mental, los circuitos emocionales que viajan por el cerebro involucran principalmente la parte frontal del cerebro, sin embargo, se puede decir que el hemisferio prefrontal de la corteza es la parte específica del cerebro que se activa al momento de sentir felicidad o satisfacción. *“En las últimas décadas del siglo XX se tuvo más información y estudios que permitieron saber que hay otras estructuras involucradas, sobre todo cuando hablamos de felicidad. Una de ellas es la corteza prefrontal, que en los humanos está más desarrollada si se compara con otros mamíferos y que, entre otras cosas, nos permite ser analíticos, interpretar y responder a la realidad”*¹. A través del contacto físico, se aumenta la liberación de oxitocina, endorfinas y dopamina, lo que crea una sensación de bienestar. De esta manera, se evidencia que en las situaciones de consulta y/o tratamiento, está involucrado el interactuar con otra persona, es decir, relacionarse. Gracias a esto se puede decir que las relaciones humanas crean cambios directos en el cuerpo y en el estado mental de los seres humanos, debido a que el contacto genera cambios reales en los equilibrios químicos del cuerpo, lo que contribuye a la construcción de un estado de bienestar y felicidad.

La comunicación, entendida como encuentro entre dos personas, se establece para que el hablante sea capaz de transmitir un diagnóstico correcto que el interlocutor sea capaz de entender, además de promover la interrelación entre los participantes. Como se menciona en el texto de Medicina y comunicación *“los seres humanos se comunican, reproducen, conservan y desarrollan su conocimiento y sus actividades frente a la vida”*². De ahí la importancia que ésta se convierta en una relación recíproca y productiva.

Las formas de expresión se vuelven más específicas dependiendo del contexto y antecedentes del oyente, dependen del territorio, de la situación en la que están y del contexto social en el que viven, de manera que cada relación entre médico-paciente presenta formas particulares para relacionarse.

Como parte de la existencia humana, se necesita de los demás para la propia regulación emocional y para la construcción de una red social, como se

menciona en el mismo texto *“el perfil de competencia del médico debe tener como elementos fundamentales: el conocimiento técnico de la profesión, las habilidades para desarrollarlo y la capacidad de interacción interpersonal, es decir, la actitud frente a los pacientes”*². De esta manera se quiere llegar a la activación de los neurotransmisores con el fin de lograr una mejor comunicación entre las neuronas, todo esto para lograr ese estado de felicidad y alcanzar la mejor atención posible, tanto para el paciente y el médico, por medio de la relación con los demás. El hombre es un animal social, por lo que las cosas que más le dan sentido, suelen involucrar a otras personas.

Por otro lado, al aumentar el diálogo y la conducta cooperativa, se amplía el uso del vocabulario por parte del médico, para una mejor comprensión por parte del paciente. La comunicación no depende de una sola persona, sino que comprende un sistema de interacción/reacción bien integrados. Freire expresó: *“la comunicación verdadera no es la transferencia o la transmisión de conocimientos, de un sujeto a otro, sino su coparticipación en el acto de comprender la significación del significado”*³. Menciona el mismo autor que *“es la transmisión de información entre dos personas o más sobre el medio que nos rodea, o sobre ellos mismos”*³. Esta se logra con asertividad, es decir, juntando las necesidades del tratante, así como las del paciente. Juega un papel importante al momento de transmitir, ya sea conocimientos, como también conductas, valores y estímulos.

Aristóteles define que *“el hombre es por naturaleza un animal social”*⁴. Hoy se vive en un mundo en sociedad, donde la historia ha probado que la variedad en el tipo de personas que conforman este grupo no es sólo importante, sino que necesaria, aludiendo a las distintas capacidades y habilidades presentes en cada persona a la hora de armar un grupo de trabajo. Pero ¿qué sería de ésta si lo que se quiere comunicar no es entendido por el receptor?, a pesar que el médico puede tener muchos conocimientos acerca de enfermedades, entre otras cosas, este es incapaz de transmitirlos por la falta o la pobreza que hay en la comunicación.

La aplicación y la explicación de lo que saben los médicos de sus pacientes, no se transmite de manera correcta. Falta un mejoramiento en la atención, para tener la capacidad de lograr la empatía por parte del médico y la reciprocidad del paciente para aceptar y volverse parte de esta. Para lograrla, se debe reconocer al otro como un reflejo y un opuesto de uno mismo. Al reconocerlo como un reflejo, se entiende que es un igual, por lo que su opinión y visión de uno no sólo importa, sino que nos construye. Y al reconocerlo como un opuesto, se puede “alimentar”, por parte de ambos, de las diferencias, haciendo así, que uno realmente se busque a través de los propios gustos y particularidades.

La comunicación puede generar dificultades, las cuales se pueden registrar en distintos tipos de barreras. *“Todos los elementos que intervienen en el proceso comunicativo sufren dificultades o perturbaciones: confusas, circunstanciales e imprevisibles que entorpecen y dificultan la comunicación”*³. Estas barreras se pueden dejar atrás, por lo que se requieren habilidades utilizando métodos efectivos de comunicación para generar el intercambio de palabras, ideas y sentimientos. *“Es entonces la comunicación la intersección entre las diferentes culturas y comunidades de este mundo globalizado, en el que con el transcurrir de los días la interacción se vuelve más importante e indispensable para seguir con el desarrollo”*³.

En la comunicación se pueden generar dificultades, las cuales se pueden registrar en barreras como fue mencionado anteriormente. Estas pueden ser semántica, fisiológica, física y/o psicológica. Para pasar estas barreras, la comunicación debe generar el intercambio de palabras, ideas y sentimientos. Y para lograr esto se cumplen tres funciones fundamentales las cuales son informativa, reguladora y afectiva. Gracias a esto, el individuo es capaz de recibir una retroalimentación sobre su percepción en relación con la salud y bienestar.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir esta reflexión diciendo que no se le está tomando el peso a la importancia de las relaciones interpersonales, a pesar de que comenzamos a darnos cuenta que estas logran acercarnos a la felicidad. En el ámbito de la salud, es importante que, en la relación médico-paciente, y también dentro de los equipos de trabajo, se logren estas comunicaciones interdisciplinarias para lograr la conducta cooperativa. Se necesitan médicos bien formados que contribuyan a transmitir los problemas y logren empatizar con los pacientes, es necesario que estos amplíen el campo del discurso médico, para que de esta manera el interlocutor logre comprender de mejor manera lo que le sucede y que el orador tenga capacidad de crear situaciones por medio del diálogo terapéutico, para entenderlo y así estrechar un vínculo.

Es indispensable instrumentar la cooperación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada amplia que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar a los pacientes. Hay que considerar la comunicación como elemento fundamental para así poder impactar en la salud de manera integral y efectiva.

Debemos reconocer que no solo en el ámbito de la salud se ha visto beneficiado el tema de la comunicación, y las grandes ventajas que nos ofrece, sino que, gracias a esta, hemos tenido la oportunidad de generar ambientes amenos en todos los ámbitos de nuestra vida. *“En definitiva, profesionales capacitados para crear, innovar, emprender y generar impacto positivo en la sociedad, con una mirada interdisciplinaria”*². Esa es la meta a la cual quiero llegar.

Con el fortalecimiento de la comunicación y de las relaciones en el área de salud, podemos ser partícipes de procesos de diálogos, comprendiendo la riqueza de las distintas opiniones y valorando el discurso con fundamento.

Con la interacción entre diversas áreas de conocimiento logramos tomar conciencia de los aportes profesionales y personales que pueden realizarse, acercándonos al logro del bien común.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tec Review Monterrey: Tecnológico de Monterrey. En tu cerebro está el lugar donde nace la felicidad [Internet]; 2019 [citado el 20 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://tecreview.tec.mx/el-lugar-donde-nace-la-felicidad>
2. Castañeda M. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. Rev Cuba Inf Cienc Salud. 2013;24(3):343-53.
3. Rodríguez S, De La Cabrera L, Calero E. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. Rev Hum Med. 2018;18(2):384-404.
4. Aristóteles. Política. [ed.] Manuela García Valdés. [trad.] M^a Lidia Inchausti Gallarza. Madrid: Gredos, S. A., 1988. p.50.



Requisitos de Publicación

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El alcance de la revista es la divulgación de la investigación en salud, en su forma más amplia y con marcado interés en el desarrollo de conocimiento desde la interdisciplina entre estudiantes de carreras médicas, de la salud y afines.

La Revista Confluencia publica artículos inéditos en español o inglés, cuya elaboración emane de la producción científica de pregrado en el contexto de cursos, talleres, experiencias clínicas, ayudantías (entre otros), los que pueden ser presentados en diversas secciones como investigación (cualitativa y cuantitativa), revisiones bibliográficas, casos clínicos, programas o proyectos de intervención, reflexiones y cartas al editor.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, su escrito debe ajustarse a los siguientes Requisitos de Publicación:

Requisitos de Publicación	
1.	Adjunta una Carta de Presentación, solicitando la revisión del artículo para su publicación en la Revista, junto a la participación de el/los autor/es. Se sugiere revisar Anexo 1
2.	Señala en esta Carta la sección de la Revista a la cual se envía el artículo: investigación cualitativa, investigación cuantitativa, revisiones de literatura, programas o proyectos de intervención, reflexiones o cartas al editor
3.	Cumple con la extensión total del artículo: - Investigación cualitativa y cuantitativa: hasta 2.500 palabras - Revisiones Bibliográficas: hasta 3.000 palabras - Casos Clínicos: hasta 2.000 palabras - Programas o Proyectos de Intervención: Hasta 2.500 palabras - Reflexiones y Cartas al Editor: hasta 1.000 palabras La contabilidad de palabras se realiza desde la Introducción hasta la Conclusión. No incluye Resumen o <i>Abstract</i>, Referencias, Tablas o Figuras.
4.	Presenta el artículo en hoja tamaño carta, espaciado 1.5, con margen de 2 cm. en cada borde, letra Calibri # 11, y numeración de página en la esquina inferior derecha
5.	En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
6.	En la segunda página, incluye título, resumen y palabras clave
7.	No incluye en esta página ninguna información de el/los autor/es (nombres, correo electrónico o teléfono)
8.	Presenta un resumen elaborado con un máximo de 250 palabras (150 para las reflexiones), y contiene una breve descripción del artículo a presentar. Para artículos en inglés, el <i>Abstract</i> será elaborado con las mismas instrucciones
9.	Incluye entre 2 y 5 palabras clave en español o inglés (en caso de artículos en inglés), de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME. Para artículos en inglés, el las <i>Key Words</i> será seleccionadas con las mismas instrucciones
10.	Si corresponde, incluye a pie de página la fuente de financiamiento o filiación a proyectos
11.	El artículo está organizado de acuerdo a las Normas de Publicación para cada tipo de artículo
12.	En general, el envío cuenta con un estilo de redacción formal y académico
13.	El artículo posee un hilo conductor que permite comprender lo expuesto de manera clara y concreta

14.	La redacción se realiza en tercera persona singular y en conjugación no personal del verbo, utilizando un lenguaje académico y no coloquial
15.	No presenta errores en la ortografía literal, acentual ni puntual
16.	Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
17.	Las referencias bibliográficas consideran solo aquellas fuentes citadas en el texto
18.	Si corresponde, incluye máximo 2 tablas y/o 2 figuras, correctamente numeradas y citadas. Se sugiere revisar el Anexo 2
19.	Explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.)

Una vez cumplidos todos los Requisitos de Publicación, el trabajo es enviado a dos o tres revisores miembros de la Facultad de Medicina CAS-UDD o revisores externos. En todo momento se cautela el anonimato de los autores en el proceso de evaluación y aprobación de los trabajos, proceso que se extenderá por aproximadamente dos meses.

Los trabajos seleccionados para publicación pasarán a ser propiedad de la Revista Confluencia y serán publicados de acuerdo al criterio de la producción editorial.

Aspectos Éticos:

La Revista Confluencia exigirá a el/los autor/es el detalle de los procedimientos para la obtención de consentimiento informado en el caso de tratarse de artículos que involucren la participación de personas. De la misma manera se exigirá explícitamente el resguardo de requisitos éticos. Para mayor información se sugiere consultar el apartado Protección a Participantes en el siguiente link: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/protection-of-research-participants.html>

La Revista Confluencia solicita a el/los autor/es explicitar la existencia de un posible conflicto de interés, es decir, cuando un autor (o institución del autor), tiene relaciones personales o financieras que influyen inapropiadamente sus acciones. Se solicitará que el/los autor/es explicita en una declaración por escrito la existencia de estos conflictos al momento de enviar su artículo. Para mayor información se sugiere consultar el apartado Conflictos de Interés en el siguiente link: <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>

Anexo 1: Ejemplo de Carta de Presentación

Santiago, 7 enero 2019

Editor Revista Confluencia
Facultad de Medicina CAS-UDD
Presente

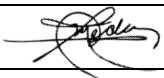
De acuerdo a los Requisitos de Publicación y las Normas de la Revista Confluencia, envío a usted el artículo titulado: _____,

para ser considerado en la publicación del próximo número de la Revista Confluencia, en la sección (marcar con una "X"):

- ☐ Investigación cualitativa
- ☐ Investigación cuantitativa
- ☐ Revisiones de literatura
- ☐ Programas o proyectos de intervención
- ☐ Reflexiones
- ☐ Cartas al editor

El artículo es original e inédito, ya que no ha sido enviado a revisión y no se encuentra publicado, parcial ni totalmente, en ninguna otra revista científica nacional o extranjera. No existen compromisos u obligaciones financieras con organismos estatales o privados que puedan afectar el contenido, los resultados o las conclusiones del artículo enviado. No existen conflictos de interés.

A continuación, se señala la contribución de el/los autor/es de acuerdo a la siguiente descripción y ejemplo: a) Diseño del estudio; c) Recolección de datos y/o pacientes; c) Análisis de Resultados; d) Redacción del manuscrito; e) Evaluación estadística; f) Otros (especificar):

Nombre completo	Contribución	Firma
Rodrigo Pérez Costa	a, b, c	

Nombre y apellidos autor responsable: _____

Carrera y universidad de procedencia: _____

E-mail de contacto: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Anexo 2: Ejemplo de tablas y figuras

a) Tabla (ejemplo extraído de Revista Médica de Chile 2019;147:574-8):

Tabla 1. Diferencia de medias de variables de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional. N = 93

Variable	Insulina Media (DE)	Metformina Media (DE)	p
Glucosa 2 h postprandial	126,05 (19,08)	110,89 (17,58)	0,000
Semanas de gestación al Dx	20,93 (6,7)	24,06 (5,5)	0,016
Edad	29,10 (5,39)	27,81 (4,82)	0,228

P = t de Student; * = significancia estadística; h = horas; Dx = diagnóstico; DE = desviación estándar.

b) Figura (ejemplo extraído de Revista Médica de Chile 2019;147:683-92):

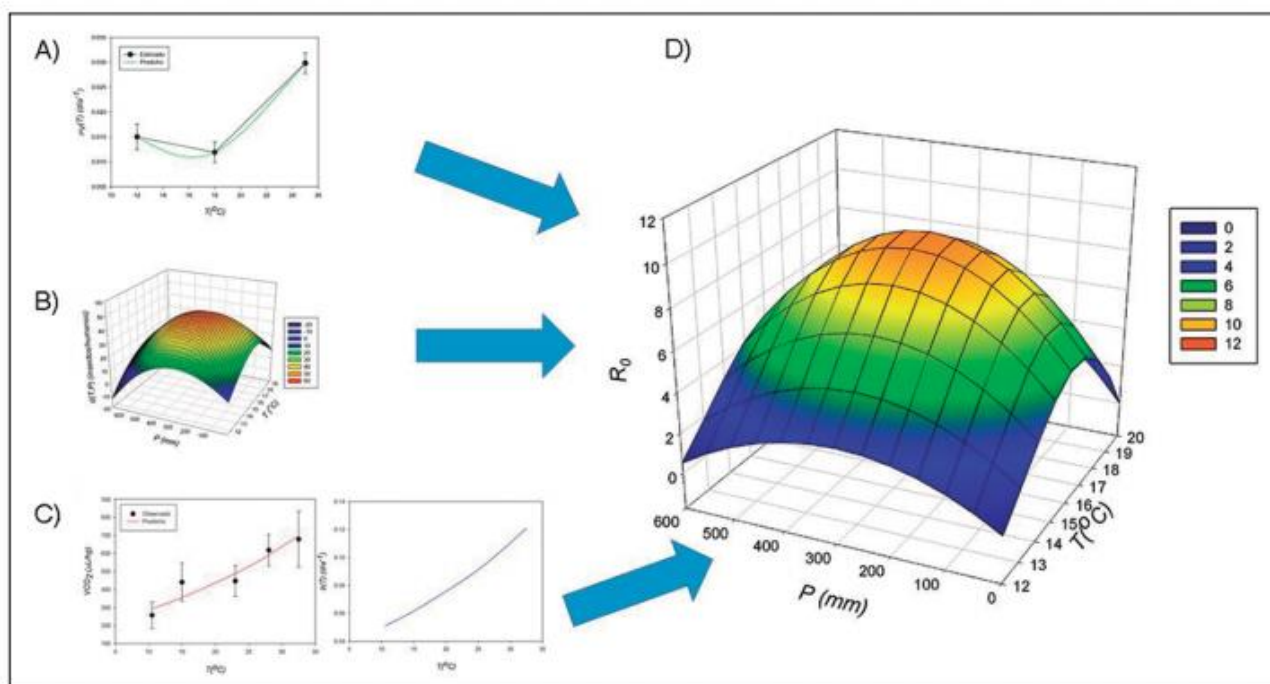


Figura 1. A) Variación de la tasa de mortalidad ($\mu_v(T)$) con la temperatura (T). Los puntos negros y las barras indican el promedio y la desviación estándar. En verde la curva ajustada. **B)** Curva ajustada mostrando la relación entre la densidad de vectores ($d(T,P)$) y la temperatura ambiental (T) y precipitación (P). **C)** Variación de la producción de CO_2 (V_{CO_2} ($\mu L/hg$)) y la temperatura y curva ajustada entre la tasa de picada estimada ($b(T)$ día⁻¹) y temperatura. **D)** Curva ajustada mostrando la relación entre el número reproductivo (R_0) y la temperatura ambiental y precipitación.

c) Figura (ejemplo extraído de Revista Médica de Chile 2019;147:803-7):

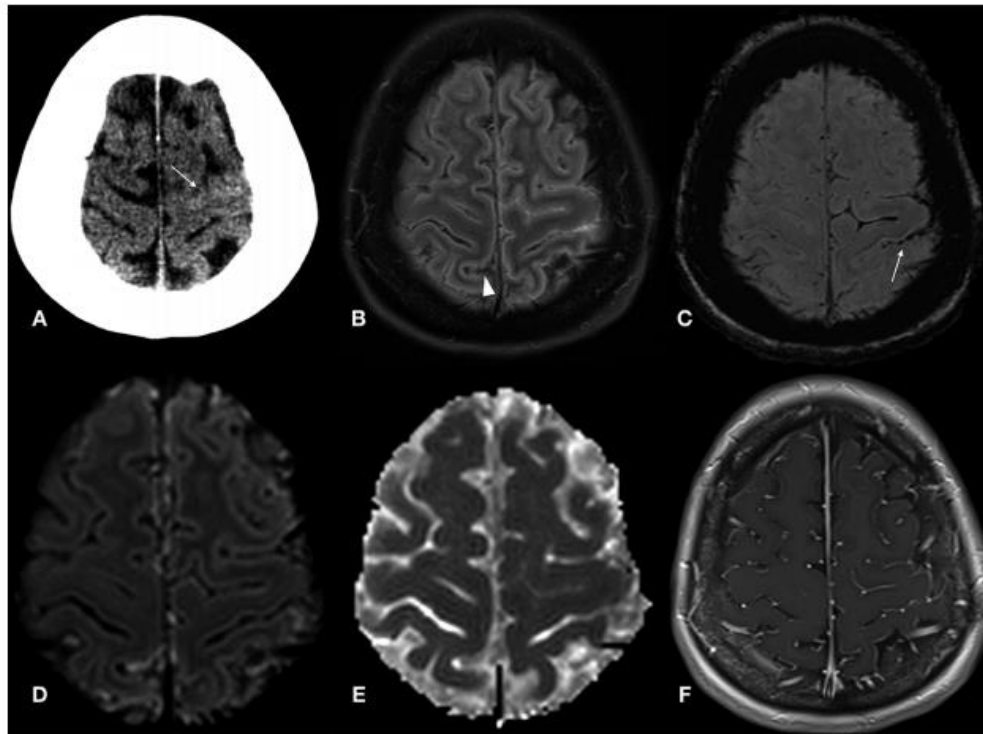


Figura 1. Imágenes al inicio del cuadro clínico: (A) Corte axial en tomografía computada muestra ocupación por contenido hiperdenso del surco precentral correspondiente a hemorragia subaracnoidea. (B) a (F) Cortes axiales en RM. (B) T2-FLAIR muestra contenido iso a hipertenso en la convexidad (punta de flecha en B), con ocupación de los surcos por contenido hiperintenso, con artefacto de susceptibilidad en SWI (Flecha en C), hallazgos correspondientes a HSA en resonancia y compromiso inflamatorio infeccioso. (D) y (E) DWI y ADC presenta ocupación del espacio subaracnoideo con focos de restricción de la difusión, que reafirma la sangre en la convexidad. (F) T1 - Gadolinio con impregnación leptomenígea difusa, que apoya el diagnóstico de meningitis.

d) Figura (ejemplo extraído de Revista Médica de Chile 2019;147:727-32):

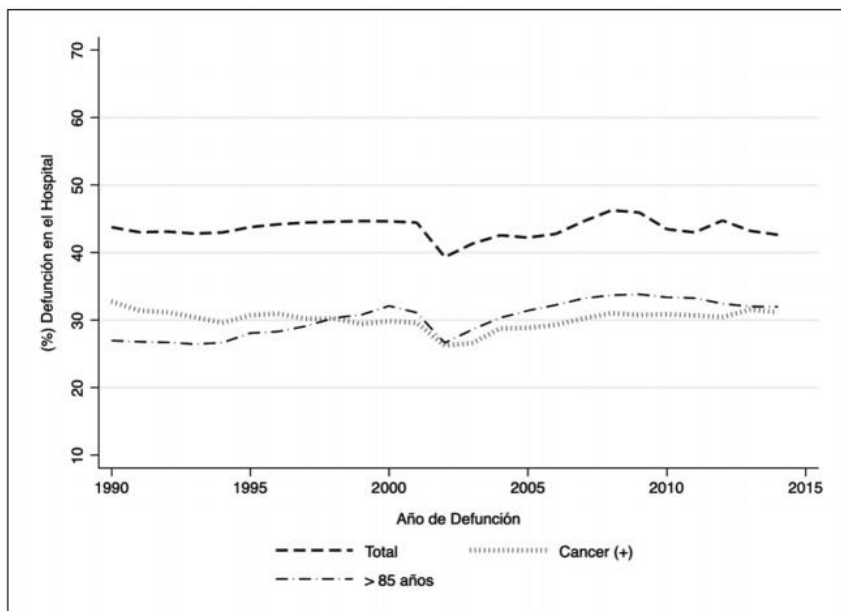


Figura 1. Proporción de muertes hospitalarias en el tiempo, según población total, mayores a 85 años, y aquellos que fallecieron por cáncer.

Revisión de Normas de Publicación Investigación Cualitativa

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de una Investigación Cualitativa:

Normas de Publicación de una Investigación Cualitativa:

Primera página:
- Señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página:
- Incluye un resumen de la investigación, en español o inglés, con un máximo de 250 palabras, que describe brevemente el contenido a presentar, con una visión clara y específica de la investigación cualitativa
- Cumple con la siguiente organización: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusión
- Incluye entre 2 y 5 palabras clave en español o inglés, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME en el siguiente link: http://decs.bvs.br/E/DeCS2018_Alfab.htm
- Si corresponde, se incluye a pie de página la fuente de financiamiento o filiación a proyectos
- No incluye en esta página ninguna información de el/los autor/es (nombres, correo electrónico o teléfono)
Tercera página y siguientes:
Introducción:
- Señala brevemente de dónde surge la idea de la investigación cualitativa y la motivación de el/los autor/es
- Fundamenta la relevancia del tema a investigar
- Desarrolla el estado del arte del tema investigar con un análisis de evidencia científica, con al menos 10 referencias bibliográficas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad, textos clásicos sin límite de antigüedad, información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad)
- Los respaldos utilizados para argumentar y contra argumentar son precisos y relevantes, demuestran un análisis serio y acabada sobre el tema
- Denota una elaboración personal, sintética y autónoma
- Explicita el propósito u objetivo general de la investigación cualitativa. Puede incluir de 3 a 5 objetivos específicos, coherentes con el objetivo general
- Explicita la organización del artículo y metodología cualitativa usada en la investigación
- Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
Metodología:
- Fundamenta selección del diseño cualitativo (coherente con la pregunta de investigación)

- Describe apropiadamente la población participante
- Explicita técnica de muestreo utilizada
- Explicita método de selección de participantes (criterios de inclusión y exclusión)
- Describe criterios de rigurosidad de la investigación cualitativa
- Describe brevemente instrumentos utilizados para la recolección de información
- Describe las dimensiones que abarca el estudio
- Explicita métodos de análisis cualitativo coherente con los objetivos de investigación
- Explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.)
Resultados:
- Describe adecuadamente los principales resultados del trabajo de investigación cualitativo
- El análisis de datos cualitativos responde a la metodología planteada en la investigación
- Los resultados expuestos dan respuesta a los objetivos planteados en la investigación
- Utiliza adecuadamente los recursos para presentación de resultados (transcripciones, citas textuales, tablas, etc.)
Discusión:
- La discusión realizada es clara, específica y relacionada con el problema
- En la discusión se comparan los resultados con la evidencia disponible
- Presenta las consideraciones que los resultados tienen para la disciplina y la salud
Conclusiones:
- Fundamenta los objetivos alcanzados con la realización de la investigación cualitativa
- Da cuenta de la importancia del trabajo realizado para su formación de pregrado
- Señala en forma clara los resultados más relevantes encontrados y los relaciona con la evidencia revisada
- Fundamenta la importancia de los resultados encontrados para la disciplina
- Identifica vacíos en los conocimientos o nuevos problemas susceptibles de ser investigados
- Si procede, incluye limitaciones del estudio
Referencias:
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema
- Pertenecen a revistas especializadas o bases de datos científicas
- Son actualizadas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad)
- Están construidas solo con las citas en texto

Revisión de Normas de Publicación Investigación Cuantitativa

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de una Investigación Cuantitativa:

Normas de Publicación de una Investigación Cuantitativa:

Primera página:
- En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página:
- Incluye un resumen de la investigación, en español o inglés, con un máximo de 250 palabras, que describe brevemente el contenido a presentar, con una visión clara y específica de la investigación cuantitativa
- Cumple con la siguiente organización: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusión
- Incluye entre 2 y 5 palabras clave en español o inglés, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME en el siguiente link: http://decs.bvs.br/E/DeCS2018_Alfab.htm
- Si corresponde, se incluye a pie de página la fuente de financiamiento o filiación a proyectos
- No incluye en esta página ninguna información de el/los autor/es (nombres, correo electrónico o teléfono)
Tercera página y siguientes:
Introducción:
- Señala brevemente de dónde surge la idea de la investigación cuantitativa y la motivación de el/los autor/es
- Fundamenta la relevancia del tema a investigar
- Desarrolla el estado del arte del tema investigar con un análisis de evidencia científica, con al menos 10 referencias bibliográficas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad, textos clásicos sin límite de antigüedad, información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad)
- Los respaldos utilizados para argumentar y contra argumentar son precisos y relevantes, demuestran un análisis serio y acabada sobre el tema
- Denota una elaboración personal, sintética y autónoma
- Explicita la pregunta, la hipótesis y el objetivo general de la investigación cuantitativa. Puede incluir de 3 a 5 objetivos específicos, coherentes con el objetivo general
- Explicita la organización del artículo y metodología cuantitativa usada en la investigación
- Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
Metodología:
- Fundamenta selección del diseño cuantitativo (coherente con la pregunta de investigación)
- Describe de manera coherentes el universo, muestra y unidad respecto de la pregunta de investigación
- Explicita técnica de muestreo utilizada
- Describe apropiadamente la población participante

- Explicita método de selección de participantes (criterios de inclusión y exclusión)
- Identifica variables a estudiar
- Explicita las características, secciones o partes del instrumento
- Explicita la validez y/o confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos
- Describe plan de análisis de datos, coherente con los objetivos de investigación
- Los instrumentos de selección de datos son coherentes con la pregunta de investigación
- Explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.)
Resultados:
- Describe adecuadamente los principales resultados del trabajo de investigación cuantitativo
- El análisis de datos cuantitativo responde a la metodología planteada en la investigación
- Los resultados expuestos dan respuesta a los objetivos planteados en la investigación
- Utiliza adecuadamente los recursos para presentación de resultados (tablas, gráficos, cuadros y figuras, etc.)
Discusión:
- La discusión realizada es clara, específica y relacionada con el problema
- Existe consistencia entre los resultados y la discusión realizada
- En la discusión se comparan los resultados con la evidencia disponible
- Presenta las consideraciones que los resultados tienen para la disciplina y la salud
Conclusiones:
- Fundamenta los objetivos alcanzados con la realización de la investigación cuantitativa
- Da cuenta de la importancia del trabajo realizado para su formación de pregrado
- Señala en forma clara los resultados más relevantes encontrados y los relaciona con la evidencia revisada
- Fundamenta la importancia de los resultados encontrados para la disciplina
- Identifica vacíos en los conocimientos o nuevos problemas susceptibles de ser investigados
- Si procede, incluye limitaciones del estudio
Referencias:
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema
- Pertenecen a revistas especializadas o bases de datos científicas
- Son actualizadas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad)
- Están construidas solo con las citas en texto

Revisión de Normas de Publicación Revisión Bibliográfica

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de una Revisión Bibliográfica:

Normas de Publicación de una Revisión Bibliográfica:

Primera página:
- En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página:
- Incluye un resumen de la revisión, en español o inglés, con un máximo de 250 palabras, que describa brevemente el contenido a presentar, con una visión clara y específica - Cumple con la siguiente organización: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusión - Incluye entre 2 y 5 palabras clave en español o inglés, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME en el siguiente link: http://decs.bvs.br/E/DeCS2018_Alfab.htm - Si corresponde, se incluye a pie de página la fuente de financiamiento o filiación a proyectos - No incluye en esta página ninguna información de los autores (nombres, correo electrónico o teléfono)
Tercera página y siguientes:
Introducción:
- Señala brevemente de dónde surge la idea de realizar la revisión y la motivación de el/los autor/es - Fundamenta la relevancia del tema a revisar - Explicita el propósito u objetivo de la revisión - Explicita la organización de la revisión bibliográfica - Explicita método de selección de la evidencia disponible
Desarrollo:
- Describe adecuadamente los principales hallazgos - Utiliza al menos 10 referencias bibliográficas - Los artículos de revista poseen un máximo de 10 años de antigüedad. Textos clásicos sin límite de antigüedad. Información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad - Da cuenta de una elaboración personal, sintética y autónoma - La información expuesta da respuesta al objetivo planteado en la revisión - Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine

Conclusiones:
- Fundamenta la importancia de la revisión realizada para la disciplina
- Da cuenta de la importancia del trabajo realizado para su formación de pregrado
- Identifica nuevos tópicos susceptibles de ser revisados
- Incluye limitaciones de la revisión (si procede)
Referencias:
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema
- Pertenecen a revistas especializadas, bases de datos científicas, páginas web de universidades, sitios web corporativos, etc.
- Son actualizadas: los artículos de revista poseen un máximo de 10 años de antigüedad. Textos clásicos sin límite de antigüedad. Información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad
- Están construidas solo con las citas en texto

Revisión de Normas de Publicación Programa o Proyecto de Intervención

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de un Programa o Proyecto de Intervención:

Normas de Publicación de un Programa o Proyecto de Intervención:

Primera página:
- En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página:
- Incluye un resumen con un máximo de 250 palabras, en español o inglés, que describe brevemente el proceso de implementación del programa o proyecto de intervención - Cumple con la siguiente organización: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusión - Incluye entre 2 y 5 palabras clave en español o inglés, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME en el siguiente link: http://decs.bvs.br/E/DeCS2018_Alfab.htm - Si corresponde, se incluye a pie de página la fuente de financiamiento o filiación a proyectos - No incluye en esta página ninguna información de el/los autor/es (nombres, correo electrónico o teléfono)
Tercera página y siguientes:
Introducción:
- Señala brevemente de dónde surge la idea del programa o proyecto de intervención y la motivación de el/los autor/es - Fundamenta la relevancia del tema, haciendo referencia a evidencia o literatura del área - Utiliza al menos 10 referencias bibliográficas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad, textos clásicos sin límite de antigüedad, información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad) - Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine - Explicita el problema detectado, el propósito u objetivo del reporte del programa o proyecto de intervención - Explicita la organización del programa o proyecto de intervención
Metodología:
- Explicita el paradigma y/o modelo de intervención que fundamenta la realización del programa - Explicita al menos un objetivo general. Puede incluir de 3 a 5 objetivos específicos, coherentes con el objetivo general - Realiza una descripción detallada de los participantes, incluyendo características generales y socioculturales - Describe los contenidos teóricos que aborda programa o proyecto de intervención (que se derivan del problema detectado), los que deben venir correctamente fundamentados con evidencia científica, teórica y/o visión institucional o de expertos

- Menciona etapas del proyecto u organización general
- Describe la intervención realizada, especificando las actividades, las técnicas y medios didácticos incorporados (trípticos, afiches, láminas, etc.), cada uno de ellos con la fundamentación de su elección
- Las metodologías o actividades son coherentes con el objetivo educativo y la población
- Menciona el lugar donde se desarrollaron las actividades, con descripción del ambiente, disposiciones espaciales particulares y uso de recursos
- Describe la utilización del tiempo en cada etapa y para cada actividad
- Incluye indicadores de evaluación de proceso, resultado e impacto
- Incluye descripción de los instrumentos de evaluación utilizados (si corresponde)
- Explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.)
Resultados:
- Describe adecuadamente los principales resultados del programa o proyecto de intervención
- El análisis de datos obtenidos de la evaluación responde a la metodología planteada en el programa o proyecto de intervención
- Los resultados expuestos dan respuesta a los objetivos planteados en el programa o proyecto de intervención
- Utiliza adecuadamente los recursos para presentación de resultados (tablas, gráficos, cuadros y figuras, etc.)
Discusión:
- La discusión realizada es clara, específica y relacionada con el problema detectado
- Existe consistencia entre los resultados y la discusión realizada
- En la discusión se comparan los resultados con la evidencia disponible
- Presenta las consideraciones que los resultados tienen para la disciplina y la salud
Conclusiones:
- Fundamenta los objetivos alcanzados con la realización del programa o proyecto de intervención
- Da cuenta de la importancia del trabajo realizado para su formación de pregrado y la disciplina
- Señala en forma clara los resultados más relevantes encontrados
- Identifica nuevos problemas susceptibles de ser abordados mediante un programa o proyecto de intervención
- Incluye conclusiones acerca de la experiencia en el diseño e implementación del programa o proyecto de intervención, incluyendo análisis de fortalezas y oportunidades de mejora
Referencias:
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema
- Pertenecen a revistas especializadas o bases de datos científicas
- Son actualizadas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad)
- Están construidas solo con las citas en texto

Revisión de Normas de Publicación Caso Clínico

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de un Caso Clínico:

Normas de Publicación de un Caso Clínico:

Primera página:
- En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página:
- Incluye un resumen en español o inglés del caso clínico, con un máximo de 250 palabras, que describa brevemente el contenido a presentar, con una visión clara y específica - Cumple con la siguiente organización: introducción, objetivos, metodología, desarrollo y discusión - Incluye entre 2 y 5 palabras clave, en español o inglés, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME en el siguiente link: http://decs.bvs.br/E/DeCS2018_Alfab.htm - Si corresponde, incluye a pie de página la fuente de financiamiento o filiación a proyectos - No incluye en esta página ninguna información de el/los autor/es (nombres, correo electrónico o teléfono)
Tercera página y siguientes:
Introducción:
- Señala brevemente de dónde surge la idea de reportar el caso clínico y la motivación de el/los autor/es - Fundamenta la relevancia del tema a revisar, haciendo referencia a evidencia o literatura del área - Utiliza al menos 10 referencias bibliográficas - Los artículos de revista poseen un máximo de 10 años de antigüedad. Textos clásicos sin límite de antigüedad. Información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad - Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine - Explicita el propósito u objetivo del reporte del caso clínico - Explicita la organización del caso clínico - Explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.)
Desarrollo del caso:
- Describe detalladamente la situación clínica, evitando entregar información poco relevante - Se abstiene de realizar comentarios o emitir juicios de valor - La información se expone de manera objetiva y ordenada - Se resguarda la identidad del caso clínico utilizando seudónimo o iniciales del nombre

- Utiliza adecuadamente los recursos para presentación de antecedentes (tablas, imágenes, gráficos, cuadros y figuras, etc.)
Discusión:
- Realiza un análisis de los aspectos más relevantes del caso clínico
- Establece semejanzas o diferencias con respecto a la literatura especializada revisada previamente
- Establece recomendaciones cuando sea pertinente
- Describe adecuadamente los principales hallazgos
- Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Los artículos de revista poseen un máximo de 10 años de antigüedad. Textos clásicos sin límite de antigüedad. Información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad
- Fundamenta la importancia del reporte del caso para la disciplina
- Da cuenta de la importancia del trabajo realizado para su formación de pregrado
- Identifica nuevos tópicos susceptibles de ser revisados
- Si procede, incluye limitaciones del reporte del caso
Referencias:
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema
- Pertenecen a revistas especializadas, bases de datos científicas, páginas web de universidades, sitios web corporativos, etc.
- Son actualizadas: los artículos de revista poseen un máximo de 10 años de antigüedad. Textos clásicos sin límite de antigüedad. Información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad
- Están construidas solo con las citas en texto

Revisión de Normas de Publicación Reflexión

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de una Reflexión:

Normas de Publicación de una Reflexión:

Primera página:
- En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página:
- Incluye un resumen de la reflexión, en español o inglés, con un máximo de 150 palabras, que describe brevemente el contenido a presentar, con una visión clara y específica - Entre 2 y 5 palabras clave en español, de acuerdo a la lista de descriptores en ciencias de la salud (DECS) de BIREME en el siguiente link: http://decs.bvs.br/E/DeCS2018_Alfab.htm - No incluye en esta página ninguna información de el/los autor/es (nombres, correo electrónico o teléfono)
Tercera página y siguientes:
Introducción:
- Expone una breve descripción del tema a reflexionar y el objetivo que se busca - Señala brevemente de dónde surge la idea del tema a reflexionar y la motivación de el/los autor/es - Fundamenta la relevancia del tema a reflexionar, haciendo referencia a evidencia o literatura del área - Utiliza un máximo de 5 referencias bibliográficas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad, textos clásicos sin límite de antigüedad, información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad) - Si corresponde, explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.) - Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
Desarrollo de la reflexión:
- Profundiza en el desarrollo del tema desde diferentes perspectivas - Presenta argumentos y contra argumentos que apoyan o desestiman el planteamiento original - Las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver - Expone la información de manera objetiva y ordenada - Si corresponde, utiliza adecuadamente los recursos para presentación de antecedentes (tablas, imágenes, gráficos, cuadros y figuras, etc.)

Conclusiones:
- Concluye adecuadamente con las ideas centrales o de mayor fuerza de la reflexión
- Establece recomendaciones cuando sea pertinente
- Fundamenta la importancia de la reflexión para la disciplina y la salud
- Da cuenta de la importancia del trabajo realizado para su formación de pregrado
- Identifica nuevos tópicos susceptibles de ser revisados en otras reflexiones
Referencias:
- Utiliza un máximo de 5 referencias bibliográficas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad, textos clásicos sin límite de antigüedad, información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad)
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema
- Pertenecen a revistas especializadas, bases de datos científicas, páginas web de universidades, sitios web corporativos, etc.
- Son actualizadas: los artículos de revista poseen un máximo de 10 años de antigüedad. Textos clásicos sin límite de antigüedad. Información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad
- Están construidas solo con las citas en texto

Revisión de Normas de Publicación Carta al Editor

La Revista Confluencia es una publicación electrónica semestral de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, cuyo propósito es difundir conocimiento científico en el ámbito de la salud generado por estudiantes de pregrado de diversas disciplinas del área (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica).

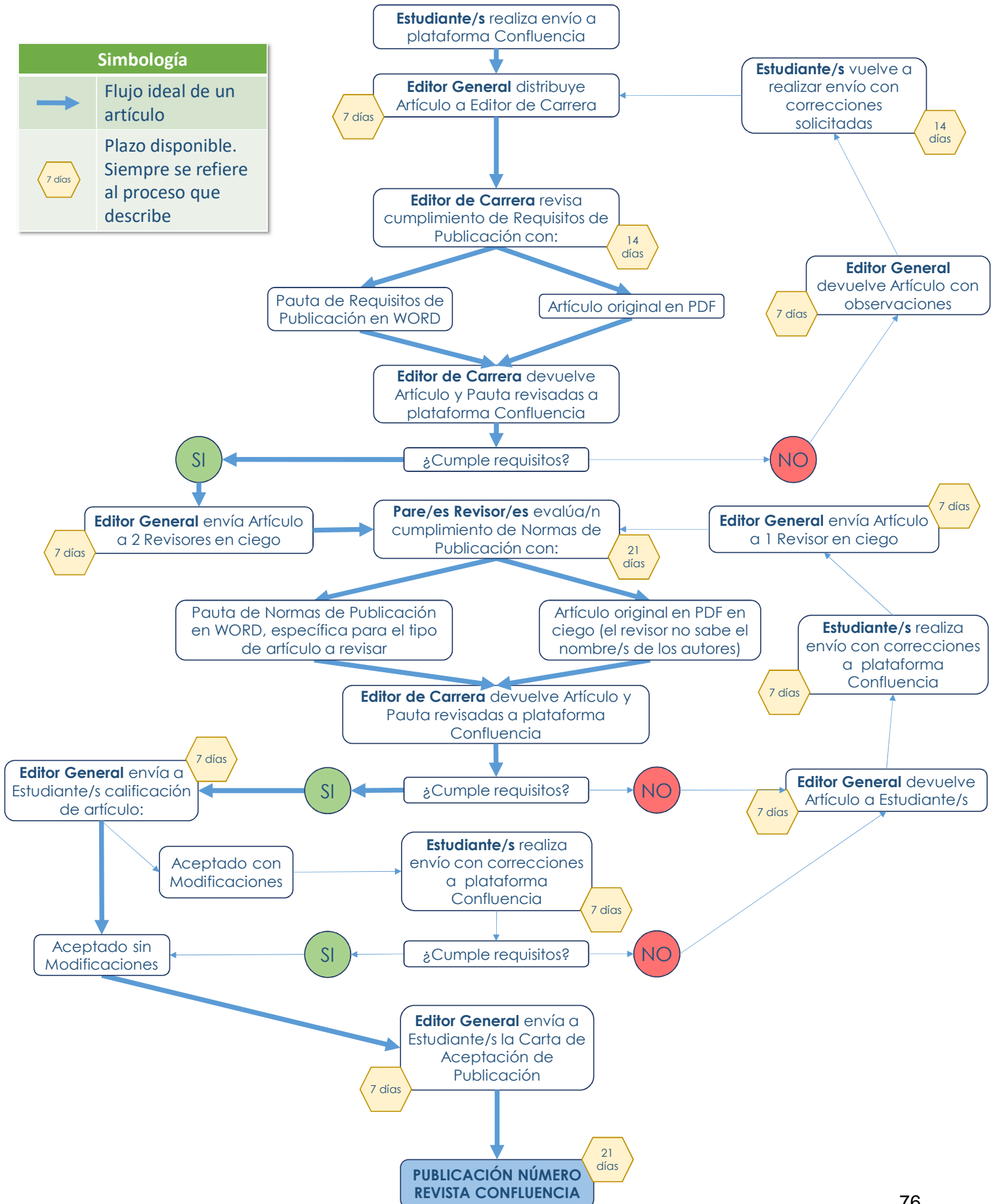
El proceso de publicación posee distintas etapas, las que se inician con el proceso de revisión preliminar del Editor de la Revista, que evalúa los Requisitos de Publicación y cumplimiento de aspectos éticos. Luego se realiza la revisión de cumplimiento de las Normas de la Revista (específica para cada tipo de artículo enviado), la que es realizada en ciego por un Comité compuesto de al menos dos profesionales del área.

Para realizar un envío a Revista Confluencia, y luego de haber revisado los Requisitos de Publicación, su escrito debe ajustarse a las siguientes Normas de Publicación de una Carta al Editor:

Normas de Publicación de una Carta al Editor:

Primera página:
- En la primera página, señala los nombres y apellidos de el/los autor/es, universidad y carrera de procedencia en español o inglés, e-mail de contacto y al menos un número telefónico (se sugiere de autor principal)
Segunda página y siguientes:
Desarrollo:
- Menciona a quién va dirigida
- Señala brevemente de dónde surge la idea de la carta y la motivación de el/los autor/es
- Elabora comentarios breves, de acuerdo o desacuerdo conceptual, metodológico, interpretativo, de contenido, etc., sobre algún artículo publicado previamente en la Revista
- Promueve e impulsa la divulgación del conocimiento en su disciplina al desarrollar una opinión, idea o hipótesis que presenta a la comunidad estudiantil
- Expone la información de manera objetiva y ordenada
- Si corresponde, explicita el apego a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética (consentimiento informado, comité de ética, cartas de respaldo institucional, etc.)
- Si corresponde, las citas en texto se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
Cierre:
- Concluye adecuadamente con las ideas centrales o de mayor fuerza
- Establece recomendaciones cuando sea pertinente
- Fundamenta la importancia de la idea central de la carta para la disciplina y la salud
- Da cuenta de la importancia para su formación de pregrado
- Identifica nuevos tópicos susceptibles de ser revisados en otras cartas al editor
- Incluye el correo electrónico del autor con el que se establecerá comunicación vía e-mail
- La extensión total de la carta no supera 1.000 palabras
Referencias:
- Utiliza un máximo de 5 referencias bibliográficas (artículos de revista con un máximo 10 años de antigüedad, textos clásicos sin límite de antigüedad, información de sitios web o corporativos poseen un máximo de 5 años de antigüedad)
- Se encuentran confeccionadas de acuerdo al estilo Vancouver. Se sugiere revisar el siguiente link: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine
- Son delimitadas al tema y actualizadas
- Pertenecen a revistas especializadas, bases de datos científicas, páginas web de universidades, sitios web corporativos, etc.
- Están construidas solo con las citas en texto

Flujograma para Editores y Revisores



30 AÑOS

Universidad
del Desarrollo