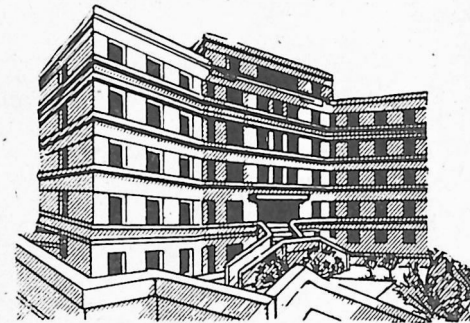


14 JUN 1968

Biblioteca

REVISTA DE LA ESCUELA
DE ENFERMERIA
«CARLOS VAN BUREN»

ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN"
*Para uso exclusivo
Sala de Lectura*



REVISTA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN"
 Comité de Redacción: Cultura - Sub Comité de Redacción

PRESTADO POR: Srta. María Mercedes Castellanos
 SECRETARÍA: Srta. María Guerrero Villalba

Período de publicación: Abril - Julio - Octubre.

AÑO 6 VOLUMEN 6 Año 1967 No 1

CONTENIDO

EDITORIAL

Referencia despertar la conciencia social del
 estudiante..... 1

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Atención de enfermería a pacientes que sufren
 con alergia en el funcionamiento de la
 corteza suprarrenal.- Olga Alarcón de Con-
 treras..... 11
- La Psicología social.- Jorge Giust S..... 23
- Los aspectos de la biología.- Dr. María Li-
 lla P..... 35
- Exhibición de la corteza suprarrenal en la ad-
 ministración de insulina.- María Castro S. y
 María Pizarro S..... 47

COMUNICACIONES GENERALES

- Apertura del Hospital..... 51
- Curso de Capacitación Pedagógica para enfermeras
 de..... 57
- Exposición de la personal..... 63
- Personal docente..... 69
- Distribución de la asignatura 1966..... 75
- Selección de voluntarios 1967..... 81

REVISTA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN"

Comité de Extensión Cultural - Sub Comité de Revista

PRESIDENTE: Srta. Iris Monárdez Clutterbuck
SECRETARIA: Srta. Sonia Guerrero Vilches

Aparece en Abril - Julio - Octubre.

AÑO 6 VALPARAISO - ABRIL 1967 Nº 1

. S U M A R I O .

	Págs.
EDITORIAL	
Enfermería despierta la conciencia social del estudiante	1
ARTICULOS ORIGINALES	
Atención de enfermería a pacientes que enfrentan alteraciones en el funcionamiento de la corteza suprarrenal.- Olga Alarcón de Contreras	3
La Psicología social.- Jorge Gissi B.	13
Los Accidentes en el hogar.- Dr. Hernán Lillo N.	18
Cambio de turno: elemento de control en la administración de sala.- Beatriz Castro S. y Nidia Núñez A.	33
INFORMACIONES GENERALES	
Apertura Año Académico	37
Curso de Capacitación Pedagógica para enfermeras	37
Perfeccionamiento del personal	38
Personal docente	38
Distribución de egresados 1966	38
Selección de postulantes 1967	40

ENFERMERIA DESPIERTA LA CONCIENCIA
SOCIAL DEL ESTUDIANTE.

La inauguración del Año Académico constituye, no sólo una grata ocasión para saludar a los estudiantes y dar la bienvenida a los recién llegados, sino que, además, para exponer el pensamiento de las autoridades docentes y estudiantiles de la Escuela en cuanto a la profesión de enfermería.

Deseamos que los estudiantes recuerden que el ingreso a la Universidad, los compromete a dedicarse con seriedad y teñón, a prepararse para ejercer la profesión que conscientemente eligieron. Múltiples oportunidades, que le irán mostrando los principios y métodos de enfermería profesional, le ayudarán a comprender que el fin y meta de sus acciones, como el de todos los que trabajan en salud, es el bienestar y felicidad del hombre, entendiéndolo como una unidad sociobiológica, el cual más a menudo es afectado como ser social y psíquico.

Deseamos, igualmente, que los estudiantes de enfermería se hagan cada día más conscientes, que vivimos en una época en que los problemas sociales, políticos y de salud, se interrelacionan estrechamente, ampliando así la perspectiva de la salud pública. El director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha expresado que, "la salud de nuestros días se extiende desde la biología molecular a la biología social, dimensión que ha hecho mucho más compleja la enseñanza y el aprendizaje de los profesionales".

A lo largo de sus estudios, el estudiante de enfermería se irá enfrentando paulatinamente con los

eternos problemas del hombre y su existencia. Es decir, su alimentación, vivienda, educación, modos de vida, etc. Por ello, no podrá el estudiante abstraerse como universitario y futuro profesional, a conocer y tomar su lugar de lucha, en la tarea de colaborar junto a otros, a elevar las condiciones de vida del pueblo, de impulsar y promover en profundidad, los cambios que la comunidad reclama con insistencia.

Esperamos que nuestros estudiantes se hagan sensibles a los estragos que ocasiona la llamada "patología del sub-desarrollo", que reduce la productividad del hombre entre un 30 % a un 60 % de su capacidad; que hace que el 75 % de la población mundial, beba agua en malas condiciones, no cuida debidamente la eliminación de sus desechos, prepara sus alimentos en forma peli-grosa, habita en viviendas inadecuadas, etc. y que en nuestro continente latinoamericano en 11 de 16 países, de que se dispone de datos relativos a la mortalidad de niños de 1 a 4 años, las diarreas constituyen la causa principal de defunción. Panorama sombrío, sobre el cual, el estudiante de enfermería deberá meditar y analizar, pues tendrá más tarde que desempeñar un importante papel dentro de su particular área de acción, como profesional y como miembro de equipos interdisciplina-rios. Sólo con el esfuerzo y preparación de muchos, será posible transformar ese sombrío panorama, en una sociedad en que el hombre pueda disponer de los adelantos de la ciencia y tecnología modernas, que lo conduzcan al logro de una vida digna y creadora.

Hermosa y difícil misión la del universitario cons-ciente de hoy. También para aquéllos que con sus ense-ñanzas y ejemplos ayudan a conformar el profesional de mentalidad nueva, para una sociedad que despierta con nuevas inquietudes y aspiraciones.

-oooOooo-

ARTICULOS ORIGINALES.

ATENCIÓN DE ENFERMERIA A PACIENTES QUE ENFRENTAN ALTERACIONES EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA CORTEZA SUPRARRENAL.

Olga Alarcón de Contreras
Profesora Ayudante Programa
Enfermería Médico Quirúrgica.-

SINTOMAS	MECANISMO FISIO-PATOLÓGICO	1. Un indivi...	2. Un indivi...
1. Decehidratación.	2) La deficiencia de cortisol produce un...		

En el presente trabajo se trata de establecer algunos aspectos básicos de la atención de enfermería a pacientes que enfrentan alteraciones de la corteza suprarrenal. Obvio es recordar que al establecer un plan de atención de enfermería, deben considerarse los problemas propios de cada individuo; sin embargo, no se puede desconocer que hay atenciones de enfermería que derivan de la sintomatología que enfrenta el paciente.

El trabajo se ha desarrollado en cuatro columnas. En la primera columna se enumeran los síntomas más característicos de una hiper o hipofunción cortical. En la segunda, se explica brevemente el mecanismo fisio-patológico de dicho síntoma. En la tercera columna se detallan los principios básicos que guían la acción de enfermería, y en la cuarta, se ha colocado la atención de enfermería.

En varias oportunidades, ante diferentes síntomas, la acción de enfermería es la misma, ya que a

pesar de tratarse de alteraciones diferentes, la enfermera enfrenta un problema que puede ser tratado mediante acciones similares. A fin de que esta relación se vea más clara, en la primera columna los síntomas llevan un número. Este mismo número se repite en las columnas restantes cada vez que se hace referencia a dicho síntoma.

Al final del estudio, se resume la atención de enfermería a pacientes con una hipofunción cortical y con una hiperfunción cortical.-

SINTOMAS	MECANISMO FISIOPATOLOGICO	PRINCIPIOS	ATENCIÓN DE ENFERMERIA
1. Deshidratación.	1) La deficiencia de corticoides produce un aumento en la excreción de Na y Cl y retención de K. La pérdida de Na trae como consecuencia el paso de agua del compartimiento extracelular hacia el intracelular, a fin de restablecer el equilibrio hidrosalino. El resultado es una disminución del volumen plasmático.	1. Un individuo que presenta deshidratación como consecuencia de una hiponatremia no presenta sed, porque la causa de la deshidratación no es la pérdida de líquido, sino su redistribución.	1) No forzar la ingestión de líquidos. Controlar la ingestión y excreción de líquidos. Informar al paciente y familia respecto a la importancia de este control, a fin de lograr su cooperación.

SINTOMAS	MECANISMO FISIOPATOLOGICO	PRINCIPIOS	ATENCIÓN DE ENFERMERIA
2. Hipotensión.	2. La disminución del volumen plasmático debido a una hiponatremia, lleva a la hipotensión.	2. Al producirse hipotensión, disminuye el flujo de sangre a los órganos. En el individuo hipotenso hay peligro de que se produzca anemia cerebral. La hipotensión reduce la oxigenación. La vasodilatación periférica aumenta la hipertensión.	2. Proporcionar al paciente un ambiente tibio, pero bien ventilado. Evitarle cambios bruscos de posición. El aseo debe hacerse de preferencia en cama o bien dar baño de tina con adecuada protección. El baño de ducha es totalmente desaconsejable. Control de signos vitales.
3. Anorexia, náusea y vómitos.	3. Al producirse pérdida de Na hay una caída de la reserva alcalina, produciéndose acidosis. Entre los síntomas de acidosis está la presencia de anorexia, náusea y vómitos.	3. La náusea puede producirse por estímulo olfatorio y por imitación. El centro del vómito puede ser afectado por: - estímulos aferentes del estómago.	3. Evitar malos olores cerca del paciente. Procurar que no esté cerca de pacientes con vómitos o con gran expectoración. Proporcionarle un ambiente tranquilo. Buena presentación de los

SINTOMAS	MECANISMO FISIOPATOLOGICO	PRINCIPIOS	ATENCION DE ENFERMERIA
	agua es la aparición de edema.	centración de iones de Na en el líquido extracelular. Una gran pérdida de líquido se manifiesta en disminución de peso.	
5. Uremia aumentada.	5. La hipotensión debida a hipofunción de la corteza suprarrenal, produce una disminución del flujo renal, lo que disminuye la filtración glomerular y como consecuencia la excreción de productos nitrogenados, especialmente úrea.	5. Cuando un organismo no elimina un producto de deshecho a través de la vía normal, tiende a hacerlo a través de otras vías. Uno de los síntomas de una uremia aumentada es la halitosis.	5. Limpieza cuidadosa y frecuente de la piel para facilitar la eliminación. Aseo frecuente de la boca.
6. Hiperexcitabilidad.	6. En la insuficiencia cortical hay retardo de la gluconeogénesis. Al no haber reacción antagónica la uti-	6.7. El medio físico tiene gran importancia en la reacción emocional del individuo. La falta persistente de	6.7. Proporcionar un ambiente agradable, tranquilo. Evitar ruidos molestos. Explicar en

SINTOMAS	MECANISMO FISIOPATOLOGICO	PRINCIPIOS	ATENCION DE ENFERMERIA
	lización de los carbohidratos es rápida y el individuo cae rápidamente en una hipoglucemia. Un síntoma de la hipoglucemia es la hiperexcitabilidad.	satisfacción de las necesidades físicas del individuo tiende a crear reacciones psicológicas. El organismo humano reacciona psicológicamente a experiencias y situaciones físicamente traumáticas.	forma detallada cualquier acción o cambio a que va a ser sometido. Evitar demora en la satisfacción de sus necesidades físicas.
7. Hiper-tensión.	7. En la hiperfunción cortical se produce retención de Na y por lo tanto, de líquido. El aumento de líquido extracelular produce hipertensión. Los trastornos emocionales y el dolor aumentan la presión arterial.	6.7. La reacción de un individuo ante una nueva situación está determinada en parte por su experiencia anterior en situaciones similares.	6.7. Tratar que los procedimientos dolorosos sean realizados por personas expertas. Crear una relación agradable en enfermera - paciente.

SINTOMAS	MECANISMO FISIOPATOLOGICO	PRINCIPIOS	ATENCION DE ENFERMERIA
8. <u>Obesidad</u> , especialmente de la cara, cuello y tronco.	8. Los corticoides movilizan las reservas de grasas. En la hipofunción cortical hay una excesiva movilización de grasa desde los depósitos y redistribución. La causa de la redistribución es desconocida.	8.9.10.11. La verbalización de problemas que crean tensión ayuda a reducir las tensiones causadas por el problema. El individuo experimenta sentimientos de inferioridad si no puede responder a expectativas personales o sociales. Cualquier mutilación o cambio básico en la estructura del cuerpo influye en el concepto de sí mismo y sus relaciones con otros. Las relaciones de un individuo con otros están influenciadas por la imagen que el individuo tenga de sí mismo. Cuando esta	8.9.10.11. Favorecer la comunicación demostrando interés cuando el paciente habla. Evitar juicios valorativos cuando el paciente expresa sus ideas y pensamientos. Dar apoyo emocional. Ayudarlo a aceptarse a sí mismo a través de una actitud de aceptación.
9. <u>Hirsutismo</u> . 10. <u>Impotencia</u> en el hombre.	9.10. Los corticoides tienen acción similar a las gónadas. El aumento en la producción de corticoides lleva a la masculinización de la mujer o feminización del hombre.		
11. <u>Pigmentación</u> de la piel y <u>muñecas</u> .	11. Al estar disminuidos los corticoides por insuficiencia suprarrenal, la hipofisis aumenta la producción de las hormonas estimulantes correspondientes.		

SINTOMAS	MECANISMO FISIOPATOLOGICO	PRINCIPIOS	ATENCION DE ENFERMERIA
	A través de este mecanismo aumenta la producción de hormona melamino estimulante en el lóbulo intermedio de la hipófisis.	imagen ha sido dañada, el individuo trata de probar si es aceptado antes de iniciar una relación con otros.	

RESUMEN DE LA ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES QUE ENFRENTAN UNA HIPER O HIPO FUNCION CORTICAL.

PACIENTE CON HIPOFUNCION.

- Proporcionar ambiente agradable, bien ventilado y tibio, Evitar ruidos y olores molestos.
- Control de signos vitales.
- Control de ingestión y eliminación de líquidos.
- Baño en cama o baño de tina tibio.
- Aseo frecuente de la boca.
- Favorecer posición confortable en cama o sillón.

PACIENTES CON HIPERFUNCION.

- Proporcionar ambiente tranquilo.
- Control de signos vitales.
- Control de ingestión y eliminación de líquidos.
- Control de dieta hiposódica.
- Control de peso.
- Prevención de escaras.

SINTOMAS	MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS	PRINCIPIOS	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
	A través de los cambios de posición y en la deambulacion.	Evitar demora en la satisfaccion de necesidades fisicas.	
	Evitar demora en la satisfaccion de necesidades fisicas.	Favorecer una buena comunicacion paciente - equipo de salud.	
	Evitar demora en la satisfaccion de necesidades fisicas.	Favorecer una buena comunicacion paciente - equipo de salud.	
	Evitar demora en la satisfaccion de necesidades fisicas.	Mostrar actitud de aceptacion hacia el paciente.	
	Evitar demora en la satisfaccion de necesidades fisicas.	Dar apoyo emocional.	

Pacientes con hipofuncion

Pacientes con hiperfuncion

- Ayudar en los cambios de posición y en la deambulacion.
- Evitar demora en la satisfaccion de necesidades fisicas.
- Favorecer una buena comunicacion paciente - equipo de salud.
- Crear una relacion agradable enfermera - paciente.
- Mostrar actitud de aceptacion hacia el paciente.
- Dar apoyo emocional.

RESUMEN DE LA ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE TIPO HIPER O HIPO FUNCION CORTICAL.

PACIENTES CON HIPERFUNCION

- Proporcionar ambiente agradable, bien ventilado y limpio. Evitar ruidos y olores molestos.
- Control de signos vitales.
- Control de ingesta y eliminacion de liquidos.
- Baño en cama o baño de asiento.
- Asesoramiento de la dieta.
- Favorecer posturas confortables en cama o al levantarse.

BIBLIOGRAFIA

Bard, Philip. "The adrenal glands". Medical Physiology. 10. ed. The C.V. Mosby Co., St.Louis, 1956. pp. 828-842.

Best, Charles y Taylor, Norman. "The adrenal cortex". The Physiological Basis of Medical Practice. 6a.ed. Williams y Wilkins Co., Baltimore 1955, pp. 837-848.

Bodansky, M. and Bodansky, O. "Disease of the adrenal cortex". Biochemistry of Disease. 2d. ed. The Macmillan Co., New York, 1952, pp.570-607.

Boyd, William. "Disease of the adrenals". Pathology of the Physician. 6a.ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1961, pp.482-507.

Cecil, Russell; "Disease of the ductless glands".
A Textbook of Medicine. 10a. ed. W.B. Saunders Co.
 Philadelphia, 1959, pp. 679-744.

Evans, Charles. "The adrenals - Function of the cortex". Principles of human physiology. 12a.ed., Lea and Febiger, Philadelphia, 1956, pp. 1084-1090.

Marks, Leon, Russfield, A. y Rosenbaum, D. "Corticotropin secreting carcinoma". J.A.M.A. Vol. 183, No 2, Enero, 1963, pp. 115-117.

Nordmark, M. y Rohweder, A. "Social principles and hypothesis and related nursing care". Science Principles applied to Nursing. Lippincott, Co., Philadelphia, 1959, pp.220-276.

West, E. y Todd, W. "The adrenal gland". Textbook of Biochemistry. 2nd. ed., Macmillan Co., New York, 1955, pp. 1276-1284.

Wohl, Sholiton y Werk. "Correlation of anxiety and hostility with adrenocortical function". J.A.M.A. Vol. 183, No 2, Enero 1963, pp.113-114.

Wright, Samson. "The adrenal cortex". Applied Physiology. 9a. ed. Oxford University Press, 1952. pp. 943 - 971.

-ooo0ooo-

LA PSICOLOGIA SOCIAL.

Jorge Gissi Bustos

Egresado Escuela de Psicología Universidad Católica de Santiago.- Ayudante de Cátedra en la misma Universidad.

La psicología se independizó de la filosofía en la segunda mitad del siglo pasado. En aquella época aparecieron la psicología experimental (Wundt, Weber, Fechner, etc.) y, especialmente, el psicoanálisis (Sigmund Freud nace en Viena en 1856).

Desde entonces hasta ahora, la psicología ha ganado en conocimientos, importancia, riqueza y fecundidad. Este aumento de los conocimientos psicológicos ha llevado, así, a una cierta subdivisión de la psicología, a una especialización (relativa) de diferentes campos de esta ciencia. De este modo, es que hoy se habla de psicología general, psicología evolutiva o genética, psicología diferencial o caracterología, psicología patológica o psiquiatría, psicología profunda o psicoanálisis, psicología social, etc.

Esta última es una de las de más reciente aparición y de mayor importancia en la actualidad. No hay problema psicológico que no sea abordado por la psicología social, de una manera u otra. Así es como la psiquiatría y el psicoanálisis han sido muy influidos por la psicología social, a través de la llamada "Escuela Culturalista", cuyos más importantes representantes son: Erich Fromm, Karen Horney, Harry Stock Sullivan, y otros.

La psicología evolutiva también depende de la psicología social, en especial en relación a la época adolescente y a la influencia que los jóvenes reciben en

Escuela de Psicología Social
Universidad Católica
de Valencia
Cátedra de la misma Universidad

La psicología se independió de la filosofía en el siglo XVIII. En aquella época se caracterizó la psicología experimental (Wundt, Weber, Fechner, etc.) y, especialmente, el psicoanálisis (Sigmund Freud nace en Viena en 1856).

Desde entonces hasta ahora, la psicología ha avanzado en conocimientos, experimentos, técnicas y teorías. Este aumento de los conocimientos psicológicos ha llevado, así, a una cierta subdivisión de la psicología en una especialización (relativa) de diferentes campos de esta ciencia. De este modo, se han desarrollado la psicología general, psicología evolutiva o genética, psicología diferencial o caracterológica, psicología patológica o patológica, psicología social, etc.

Esta última es una de las de más reciente aparición y de mayor importancia en la actualidad. No hay problema psicológico que no sea abordado por la psicología social, de una manera u otra. Así es como la psicología social y el psicoanálisis han sido muy influidos por la psicología social, a través de la llamada "Escuela de Frankfurt", cuyos más importantes representantes son: Erich Fromm, Karen Horney, Harry Stack Sullivan, y otros.

La psicología evolutiva también depende de la psicología social, en especial en relación a la época actual y a los fenómenos que los jóvenes viven en

nuestra sociedad.

La peculiar y difícil situación del hombre contemporáneo, es principalísimo objeto de la psicología social, siendo uno de los más felices intentos de comprensión de la sociedad actual, el realizado por Erich Fromm, en especial en sus libros "Psicoanálisis de La Sociedad Contemporánea" y "El Miedo a la Libertad".

Aspectos particulares de la psicología social son el estudio de la religión, del arte, (también del cine), de la familia, de los sexos, de las razas, de los países, de las clases sociales, etc. Al lector no le cabrá duda de la importancia teórica y práctica del esclarecimiento de estos temas, ya que un conocimiento claro de ellos permitiría intentar resolverlos racionalmente a las autoridades pertinentes, y facilitaría la toma de conciencia de los problemas y las realidades mencionadas a cada vez mayor número de personas.

Metodología.-

Los métodos que la psicología social emplea son, parcialmente, comunes con otras formas de la psicología. Así ocurre con las entrevistas y los tests de diferentes tipos. Más propia de la psicología social es la encuesta y el cuestionario, los que pueden tener diferentes temas y formas de plantear las preguntas y respuestas. Tanto para la estructura como para la interpretación de estas encuestas, tiene máxima importancia la estadística en sus formas descriptiva e inductiva.

Ciencias afines.-

Relación importante con la psicología social, tiene la sociología (de la cultura, de la familia, de la historia, de la política, de la religión, etc.)

Hasta tal punto son afines estas ciencias, que a menudo se las define de la misma manera: "el estudio del hombre en sociedad".

Sin embargo, la diferencia existe y reside en que la psicología social estudia los procesos psíquicos del hombre en sociedad, mientras que la sociología se ocupa más bien de las estructuras sociales como tales.

Otra ciencia de alta relación con la psicología social, es la antropología cultural. Tales han sido los estudios que se han hecho sobre ciertas sociedades primitivas, como algunos pueblos de Nueva Guinea, de las Islas Trobiand, de los indios Sioux y Comanches, etc. La psicología aplicada a estos pueblos y a sus instituciones sociales, ha sido fecunda para el problema de los sexos (ver "Sexo y Temperamento" de Margaret Moad), de la adolescencia (ver "Adolescencia y Cultura en Samoa", de la misma autora), y en general de la familia, con la importante influencia que ésta tiene en la vida psíquica de todos los individuos. Es así como sabemos cada vez más, de los diferentes tipos de estructura familiar y educación, y de las variadas formas en que son así influidas las nuevas generaciones en su carácter.

Otra ciencia de importancia para la psicología social, es la historia. Sabemos que Fromm ha hecho interesantes observaciones sobre la influencia psicológica de la evolución histórica, desde la Edad Media hasta nuestros días, en su libro "El miedo a la libertad".

El problema del maquinismo ha sido también estudiado psicológicamente por varios autores, entre otros, Oberndörfer en "La Soledad del Hombre en la Sociedad Norteamericana"; Hans Freyer en "Teoría de la Epoca Actual", el mismo Fromm, etc.

Importancia para la actividad profesional.-

En general, debe considerarse y fomentarse, el hecho de que la psicología es importante como ciencia, por lo menos auxiliar, para todas aquellas actividades en las que importe la relación con seres humanos. Este es el caso de los pedagogos, normalistas, enfermeras, médicos, etc. La psicología social que se ocupa de los grupos, de los conflictos intra e inter grupos, del li-

derazgo, roles, etc., es importante por lo tanto, para aquellas profesiones en que hay que realizar un trabajo con grupos, que es el caso de practicamente todas las profesiones mencionadas. Por otra parte, en la medida que estos trabajadores se ocupan del hombre contemporáneo, es de interés que conozcan las características del hombre de hoy, características que son tan peculiares como conflictivas.

ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN"

Psicología social y autoconciencia. Para uso exclusivo
Sala de Lectura

La psicología social se ha desarrollado, como ya se dijo, en especial en nuestra época. Uno de los factores que ha contribuido a ello, es el hecho de que la nuestra sea una época de crisis.

Según Germani ("Psicología del siglo XX"), la psicología social brota con facilidad en una situación social crítica. Lo crítico de nuestra situación es multifacético: es difícil la relación del hombre con sus semejantes, con su trabajo, con su familia, con las nuevas generaciones. Se problematizan ahora ciertos hechos que son en verdad problemas nuestros: el amor, la sexualidad, la juventud vacilante, la lucha de la moral, etc.

De todos estos fenómenos, es la psicología social la ciencia que, más que ninguna otra, puede y debe dar luces. Así se ha hecho por múltiples autores. La finalidad de estos autores y escritos, es que gane en autoconciencia cada hombre actual y la sociedad actual entera. Sólo progresando en la autoconciencia de los problemas, es que se los puede aceptar y superar. Sólo así se podrá ganar en capacidad de amar, de ser auténtico, de trabajar con eficiencia y satisfacción. No se debe escamotear ningún problema. Se los debe afrontar, y la psicología social nos ayuda a ello.

Lecturas recomendadas.-

Fluyente de lo recién dicho, me parece sumamente recomendable leer y reflexionar seriamente sobre ello.

Creo que tiene gran valor el ya mencionado libro de Fromm "Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea" y, en segundo plano, del mismo autor, "El Miedo a la Libertad".

Cualquier libro que se ocupe del tema, debe ser considerado interesante por el lector: así, por ejemplo, "La Soledad del Hombre en la Sociedad Norteamericana" de Dieter Oberndörfer; "La Muchedumbre Solitaria" de David Riesman; "Teoría de la época actual" de Hans Freyer; "Ambiente espiritual de nuestro tiempo" de Karl Jasper; "La Rebelión de las masas" de Ortega y Gasset, y en general todos los escritos de este filósofo; y muchos otros.

Estos títulos se refieren, como ya se dijo, al hombre actual en particular. Respecto a la psicología social en general, de los libros con el título "Psicología Social", considero, entre los que conozco, el mejor el de Otto Klineberg. Amplio y riguroso es, sin duda, "Carácter y Estructura Social" de C. Wright Mills y Hans Gerth.

Dado que este artículo no pretendía ser sino una visión panorámica y superficial de la psicología social, puede suspenderse aquí, postergando otros problemas para artículos próximos.-

-oooOooo-

FACTORES DE LOS ACCIDENTES.

El accidente es un fenómeno complejo que puede ser estudiado desde diferentes puntos de vista. En este artículo se analizarán los factores principales que contribuyen a su ocurrencia.

deben ser considerados por la familia, por los amigos, por la comunidad. En el caso de los profesionales, es necesario que se establezca un código de ética que regule su conducta y que sea respetado por todos. La familia debe ser educada para que pueda comprender y aceptar a su miembro afectado. El médico debe tener en cuenta no solo el aspecto físico, sino también el psicológico y social del paciente.

Psicología social y autoconciencia.

La psicología social se ha desarrollado en los últimos años, en especial en nuestra época. Uno de los factores que ha contribuido a ello, es el hecho de que la vida humana es una época de crisis.

Según Gerth ("Psicología del siglo XX"), la psicología social trata con facilidad en una situación de crisis. La crisis de nuestra existencia es un fenómeno que afecta a todos los aspectos de la vida humana: con su familia, con su trabajo, con su sociedad. Se plantean entonces ciertos problemas que son en verdad problemas humanos: el amor, la sexualidad, la juventud vacante, la lucha de la familia, etc.

De todos estos fenómenos, es la psicología social la ciencia que más que ninguna otra, puede y debe dar luz. Así se ha hecho por múltiples autores. La línea de estos autores y escritos, es que tanto en estos momentos como en el futuro, la sociedad actual se encuentra en un proceso de transformación. Solo el progreso en la autoconciencia de los individuos, es que se los puede aceptar y superar. Solo así se podrá ganar la capacidad de amar, de ser auténtico, de trabajar con eficiencia y satisfacción. No se debe abandonar ningún problema. Se los debe afrontar, y la psicología social nos ayuda a ello.

Lecturas recomendadas.

En cuanto a la lectura de este artículo, se puede recomendar la lectura y reflexión seriamente sobre él.

- a) Factores físicos: agudeza visual deficiente.
- b) Factores ambientales: juguetes en una escala.
- c) Factores emocionales: ira, frustración, depresión.

A menudo actúa más de un factor.

Para la producción de un accidente se necesitan dos elementos:

- una persona susceptible
expuesta a
- una causal de accidente.

Por ejemplo: una anciana pisa una alfombra suelta, se resbala y cae, fracturándose su cadera. Se trata aquí de una persona susceptible a los accidentes por varias razones: visión deficiente, reflejos y coordinación pobres, debilidad muscular, etc. La Causal sería la alfombra suelta.

TIPOS DE ACCIDENTES.

Entre los accidentes más frecuentes en el hogar tenemos:

- Quemaduras y caídas
- Envenenamientos e intoxicaciones
- Asfixias de varios tipos
- De la electricidad.

Quemaduras.-

Entre los accidentes más frecuentes en el hogar, tenemos las quemaduras, ya sea por acción del calor seco o húmedo, por sustancias químicas o por la electricidad.

Son mucho más frecuentes entre los niños de 1 a 14 años de edad, en proporción de 5 a 10 veces más que entre los adultos. Esto significa que la población quemada no deja de aumentar constantemente.

En Inglaterra sus víctimas ocupan constantemente un promedio de 550 camas de hospital. En 1958 en Estados Unidos, murieron 7.450 individuos por quemaduras. En Chile el problema también es grave y la estadística revela que en un año hubo un medio por ciento de la población (3.500 individuos) que sufrieron quemaduras y de ellas murió un diez por ciento (350 individuos).

Las causas más frecuentes de quemaduras en nuestro medio, son: braseros, parafina, líquidos calientes, electricidad, fósforos, velas y fuegos artificiales.

El riesgo principal de las quemaduras, no reside tanto en su profundidad como en la extensión de superficie corporal comprometida. Esta superficie se puede calcular aproximadamente con un método simple, el de los nueve y sus múltiplos:

Cabeza y cuello	9%
Extremidad superior	9%
Tronco	36%
Extremidad inferior	18%

ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN"
Para uso exclusivo
Sala de Lectura

Otra regla general es considerar la superficie de una mano con los dedos juntos correspondiente a un 1% y calcular con este padrón la superficie corporal quemada.

Hace 15 años atrás las probabilidades de salvar a un quemado de un 30% eran remotas. Hoy se pueden salvar quemados de un 50% y más.

Prevención de las quemaduras.-

Se pueden prevenir entre el 70-80% de los casos:

- No colocar utensilios en braseros que no estén debidamente protegidos; o en lugares seguros.
- No permitir que los niños jueguen a su alrededor, ni alrededor de estufas, cocinas, ni en el comedor durante las horas de comida.

- c) No encomendar a los niños labores de adultos, manipulando fuentes de posibles quemaduras (teteras, fósforos, etc.).
- d) Buen manejo de los distintos tipos de cocinas, conocer los peligros de inflamación.
- e) Buen manejo de califonts, gas licuado, parafina.
- f) No dejar fuentes de posibles quemaduras al alcance de los niños.
- g) No dejar aparatos eléctricos enchufados, ni abandonados.
- h) No dejar lámparas sin ampolletas al alcance de los niños.
- i) Los enchufes en las paredes deberían quedar colocados a alturas fuera del alcance de los niños y sería útil que se usara un tipo de tapa hermética para ellos.
- j) Apagar velas, braseros, cocinas, etc.
- k) Evitar que los niños jueguen con fuegos artificiales.
- l) Colocar las cacerolas, sartén y otros elementos con las asas o el mango hacia adentro, de modo que un niño no pueda tomarlos y un adulto no se enrede en ellos.
- m) Levantar la tapa de los utensilios en que se preparan los guisos, de manera que el vapor se dirija hacia la muralla o hacia un lado.
- n) Hacer aseo prolijo de la válvula de la olla a presión: si no funciona bien la olla estallará.
- o) Al manejar el gas, encender primero el fósforo y luego abrir la llave de paso del quemador respectivo.
- p) En el comedor servir los alimentos con cuidado, que no queden cerca del alcance de los niños. Servirles en tazas y platos que no estén muy llenos.

Medidas de emergencia.-

Las quemaduras más graves son las de ancianos y niños, las de la cara, de las manos y pies. Todas las que cubren una superficie de más de un 25% y las eléctricas.

Cuando nos enfrentamos con una persona con sus ropas ardiendo, debemos evitar que se mantenga en pie, pues

puede haber sofocación y habrá más probabilidades de que se produzcan quemaduras de la cara. Hay que evitar que corra. Tirarle encima, envolviéndolo, frazadas o ropas, o en último caso echarlos al suelo, hacerles girar sobre sí mismos, o tirarles arena o tierra.

En seguida se retirará toda la ropa que cubre el área quemada a menos que esté adherida. Cubrir el área quemada lo antes posible con gasa estéril o limpia, pañuelos, pañales o cualquier trozo de género limpio, en varias capas. Fijarlos con vendas para impedir el contacto con el aire. No retirar este vendaje hasta que el individuo sea visto por personal médico. NO USAR UNGUENTOS, POMADAS, GRASAS, ACEITES o similares para cubrir las superficies quemadas. En todo caso podrá hacerse una pasta con bicarbonato y agua y aplicarla sobre el área quemada.

En las quemaduras de los dedos de las manos, habrá que hacer un vendaje separado de cada uno de ellos.

En los casos de quemaduras de tipo químico, lavar la superficie quemada con agua corriente abundante, especialmente cuando se trata de los ojos. Si se cuenta con sueros, es mejor. Después se cubrirán como lo hemos señalado.

A continuación dejaremos al paciente en reposo y abrigado hasta que pueda ser trasladado al centro médico.

CAIDAS.

Los casos más frecuentes de caídas en un hogar son:

- Limpia pies o alfombras sueltas
- Pisos mojados o encerados
- Juguetes o utensilios abandonados en el suelo (escalas)
- Iluminación insuficiente
- Piso irregular

Piso resbaloso del cuarto o tina de baño (jabón)
Ventanas o puertas con vidrios quebrados
Balcones sin rejas altas
Escaleras sin rejas de protección para los niños.

Estas caídas pueden producir desde una abertura de carnes (esguince) hasta luxaciones, fracturas de mayor o menor gravedad y a veces hasta lesiones serias y la muerte, como sucede con los traumatismos craneanos.

Prevención.-

Esta es obvia. Consistirá en evitar las posibles causas productoras.

Medidas de emergencia.-

Son imposibles de sistematizar, puesto que dependerán del tipo de lesión producida. Un denominador común en todas ellas, es el de no realizar movilizaciones intempestivas o cambios de posición del paciente en forma precipitada y torpe, especialmente en los traumatismos de cráneo y de la columna vertebral. En caso de posibles luxaciones o fracturas, especialmente si se acompañan de heridas de la región, no deben hacerse manipulaciones de los miembros afectados, sino que en lo posible inmovilizarlos, y en todo caso requerir la urgente atención médica. En los casos que sea de imprescindible necesidad el traslado del accidentado (fuego, explosiones, humo, etc.), deberá realizarse con él en posición horizontal, utilizando una tabla ancha, un tablero, una puerta, etc.

ENVENENAMIENTOS E INTOXICACIONES.

En la frecuencia de accidentes, ocupa el lugar siguiente.

Desde el punto de vista epidemiológico, 1.200 personas mueren envenenadas cada año en Estados Unidos y 200.000 enferman por la misma causa. Se ha establecido que alrededor del 95% de los casos se presentan

entre las edades de 1 a 3 años.

Se ha encontrado que los niños se intoxican en un un 93% de los casos, estando presente en el hogar una persona mayor, y que en el 76% de los casos esa persona es la madre. Por otra parte, más del 50% de las intoxicaciones hay que atribuir las a productos de uso doméstico reputados como inofensivos.

Sustancia:

En algunos trabajos norteamericanos, aparece la aspirina como la principal causante de envenenamiento, por su ingestión excesiva, siendo el agente causante en más de un tercio de los casos. Otro tercio lo constituirían los insecticidas y venenos para roedores; el resto serían materiales para limpiar muebles, encerar, detergentes, plantas, etc. En las áreas rurales, las sustancias más frecuentes fueron plantas, insecticidas, parafina y fertilizantes.

Circunstancias:

Se ha comprobado que en una gran mayoría de los casos, las sustancias estaban al alcance de la mano de los niños, y en la minoría de los casos, lejos de él. Se demostró también que el envenenamiento accidental, puede ocurrir en cualquier nivel social, sin relación con el grado de educación. En cuanto a ésta, debe orientarse más a urgir la necesidad de un tratamiento muy precoz. La mayoría de las sustancias ingeridas no tienen efectos lejanos, cuando los individuos son tratados, mientras que si este tratamiento demora, puede producirse la muerte.

La conclusión de muchos autores, es que es mucho más importante y urgente llamar al médico o al servicio de emergencia y luego aplicar medidas de primeros auxilios. Esto dependerá por supuesto, del tipo de área o localidad.

Para trabajos del curso o tipo de caso (jardín) Ventanas o puertas con vidrios quebrados Balcones sin rejas altas Escaleras sin rejas de protección para los niños.

Estas cosas pueden producir desde una abertura de carne (esquina) hasta luxaciones, fracturas de mayor o menor gravedad y a veces hasta lesiones serias y la muerte, como sucede con los frías de los niños.

Prevención:

Esta es obvia. Consistirá en evitar las posibles causas productoras.

Medidas de tratamiento:

Con la posibilidad de suministrar, pronto que de poder del tipo de lesión producida. En el momento común en todos ellos, es el de no realizar movimientos bruscos ni cambios de posición del paciente en forma precipitada y torpe, especialmente en los traumas de cabeza y de la columna vertebral. En caso de posibles luxaciones o fracturas, especialmente si se acompañan de heridas de la región, no deben hacerse ni manipulación de los miembros afectados, sino que en lo posible inmovilizarlos, y en todo caso referirlos a un centro asistencial médico. En los casos que sea de importancia el traslado del lesionado al establecimiento de atención, deberá realizarse con él en posición horizontal, utilizando una tabla rígida, un triángulo, una puerta, etc.

ENVENENAMIENTOS E INTOXICACIONES

En la frecuencia de accidentes, ocupa el lugar siguiente.

Desde el punto de vista epidemiológico, los casos de envenenamiento cada año en Estados Unidos y 300,000 en Europa por la misma causa. Se ha establecido que alrededor del 25% de los casos se presentan

Prevención:

Creemos que lo más importante es la educación sanitaria adecuada de los padres de niños en la edad pre-escolar, a través de escuelas, departamentos de sa-
lus pública, conferencias, prensa, radio y televisión, peditras y médicos generales. Pero es necesario además, la educación general de la comunidad.

Será útil el uso de armarios cerrados para las drogas insecticidas y productos peligrosos. Etiquetar apropiadamente los respectivos envases. Leer las etiquetas antes de usar. No sacar remedios a oscuras. Mantener las drogas fuera del alcance de los niños. Destruir restos de remedios, venenos, drogas. No echar los a papeleros.

Todo esto reducirá el problema, pero no lo eliminará, puesto que hay muchas sustancias que uno ni siquiera sospecha que sean tóxicas. ¿Quién pensaría, por ejemplo, en guardar bajo llave los cosméticos y perfumes?

Mientras no exista una respuesta eficaz a este problema, deberá realizarse un ataque coordinado y planificado en toda comunidad, que reducirá el número de accidentes y muertes. Laboratorios, farmacias o el comercio, debería colocar en la etiqueta del frasco o caja, el antídoto eficaz para la respectiva droga.

Medidas de emergencia:

Es precaución útil incluir en los botiquines domésticos un antídoto de propiedades universales:

- dos partes de carbón activado
- una parte de óxido de magnesio
- una parte de ácido tánico.

En espera del médico, la administración de esta mezcla puede salvar una vida, una cucharada disuelta en agua.

Intoxicaciones

Uno de los problemas más importantes en la educación sanitaria de los padres de niños es la de enseñar a reconocer los síntomas de las intoxicaciones, a través de escuelas, departamentos de salud pública, conferencias, prensa, radio y televisión. Se debe prestar especial atención a las intoxicaciones por ingestión de medicamentos y productos químicos. Para ser necesario, la educación general de la comunidad.

Se debe tener en cuenta el caso de intoxicación por drogas insecticidas y productos químicos. Es importante proporcionar a los padres información sobre los riesgos de usar estas sustancias. No hacer remedios a ojo de cañón. Mantener las drogas fuera del alcance de los niños. Prestar atención a los síntomas, vómitos, diarreas, etc. No administrar medicamentos sin la recomendación del médico.

Todo esto reduce el problema, pero no lo elimina. Hay que hacer más esfuerzos para que los padres estén mejor preparados para reconocer los síntomas de las intoxicaciones y saber qué hacer en caso de emergencia.

Mientras no exista una respuesta eficaz a este problema, deberá realizarse un trabajo coordinado y planificado en toda la comunidad, que reduzca el número de accidentes y muertes. Laboratorios, farmacias y otros negocios, deberán colocar en la etiqueta del frasco o caja, el nombre de la droga y la respectiva advertencia.

Medidas de emergencia

La prevención de las intoxicaciones en los niños debe ser una prioridad de las autoridades sanitarias.

Una parte de cada caso de intoxicación por ingestión de drogas debe ser reportada a las autoridades sanitarias para su estudio y análisis.

En el caso de las intoxicaciones, la administración de agua puede salvar una vida, una cucharada de agua por hora.

Otro medio eficaz es hacer eliminar la mayor proporción de veneno del estómago, introduciendo el cabo de una cuchara o tenedor o mediante el lavado y el vómito utilizando grandes cantidades de líquidos, tratar de inactivar el veneno, ya sea usando leche, clara de huevo, aceite, té, agua de almidón, soluciones de gelatina, agua con harina, plátano molido. Guardar el contenido del vómito para enviarlo al hospital para su análisis en caso de dudas.

En general, en todos los casos de envenenamiento no conviene utilizar sondas para realizar los lavados de estómago, sino que tratar de realizar éstos mediante la ingestión de grandes cantidades de líquidos. Tampoco se deben utilizar eméticos.

En general en la ingestión de ácidos (sulfúrico, muriático, nítrico), debe practicarse el lavado de estómago y agregar las sustancias ya mencionadas. Cuando se trata de la ingestión de álcalis, deben administrarse grandes cantidades de líquidos y vinagre diluido en agua o el jugo de 4 limones en 500 cc de agua. Se puede utilizar cualquier otra fruta cítrica.

En casos de envenenamiento con aspirina, inducir vómito. Lavado gástrico con agua corriente, respiración artificial con O2, transfusión, lactato de sodio. En los casos de tóxicos cutáneos, lavado con agua corriente y jabón.

En cuanto a las intoxicaciones, nos referimos a la de monóxido de carbono que es una de las más frecuentes en los hogares, puesto que se produce en cualquier proceso de combustión incompleta del carbón, en los motores de combustión interna, en los braseros, en los fuegos que se extinguen y en cierta proporción en el gas de alumbrado. Se encuentra también en locales cerrados que se incendian. Su propiedad venenosa se basa en el hecho que tiene 300 veces más afinidad por la hemoglobina (sustancia que transporta el oxígeno en el glóbulo rojo), que el oxígeno.

Prevención.

Consistirá en evitar la exposición a su acción, especialmente ventilando los locales en los cuales se puede acumular este gas. En los casos de incendios, aquéllos que penetran en estos locales cerrados deberán cubrirse la nariz con trapos o pañuelos húmedos si la exposición es muy breve, e ir amarrados a la cintura con un cordel para ser arrastrados fuera de ellos, si se producen síntomas de intoxicación. Si la permanencia debe ser prolongada, deben utilizarse respiradores en circuito cerrado.

En cuanto al tratamiento, consiste esencialmente en la suspensión inmediata de exposición al gas y la pronta administración de oxígeno. Mientras se consigue esto, respiración boca a boca.

ASFIXIAS O SOFOCACIONES.

Estas pueden ser debidas a cualquier presión que se ejerza sobre el cuello o tórax; golpes de corriente, inmersión o al respirar sustancias tóxicas, cuerpos extraños en tráquea o bronquios. Ya analizamos el monóxido de carbono.

Actualmente en Estados Unidos, una causa muy frecuente de asfixia o sofocación en los niños, es el juego con bolsas plásticas. Esto sucede cuando se cubren cabeza y cara con ellos. El material plástico se pega a la boca y nariz del niño cuando éste respira, y con los primeros síntomas de sofocación se desespera y al tratar de retirarlos rápidamente, se enredan más y más. Se adhiere el plástico sobre boca y nariz, provocando a veces la muerte cuando no se les presta auxilio oportuno.

En nuestro país, en los lactantes se producen sofocaciones y ahogos por hacerlos dormir con adultos de sueño pesado o se les deja mal acondicionados en la cuna.

Prevenición.

Constatado en evitar la exposición a un agente especialmente ventilado los locales en los cuales se puede acumular este gas. En los casos de incendios, aplicaciones que penetran en estos locales cerrados debe tenerse en cuenta la salida de los gases y la salida de la exposición es muy breve; e ir a cualquier parte de ellos, si se produce algún tipo de intoxicación. Si la permanencia debe ser prolongada, deben utilizarse respiradores en ciertos casos.

En cuanto al tratamiento, consiste esencialmente en la manipulación inmediata de exposición al gas y la pronta administración de oxígeno. Mientras se continúa este tipo de respiración debe a ser...

PREVENCIÓN DE ASFIXIAS

Estas pueden ser debidas a cualquier producto que se ejerza sobre el cuello o tórax; golpes de corriente eléctrica o al respirar sustancias tóxicas, o vapores extraños en trópicos o praderas. La inhalación de monóxido de carbono.

Actualmente en Estados Unidos, una causa muy frecuente de asfixia o asfoxiación en los niños, es el juego con bolsas plásticas. Esto sucede cuando se cubren la cabeza y cara con ellas. El material plástico se pega a la boca y nariz del niño cuando éste respira y con los primeros síntomas de asfoxiación se despegan y al tratar de retirar los plásticos, se ensucian y más se adhiere el plástico sobre boca y nariz. Provocando a veces la muerte cuando no se les presta un tipo oportuno.

En nuestro país, en los lactantes se producen asfoxiaciones y golpes por hacerlos dormir con abrigos de lana pesada o se les deja mal acomodados en la cuna.

Los signos de sofocación son: TOS, FALTA DE AIRE, AHOGO y otras dificultades en la respiración; la CARA SE TORNA MORADA O PURPURA Y LAS UÑAS Y LABIOS AZULADOS, a lo que sigue la INCONCIENCIA. En los casos de golpes eléctricos, puede llegar a producirse la asfixia instantánea.

ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN"

Para uso exclusivo

Prevenición.

Es obvia y difícil de sistematizar. Sólo mencionaremos la necesidad de alejar de las manos de los niños, estos sacos plásticos, acomodar bien a los niños en sus camas, no hacer dormir a niños con adultos, etc.

Medidas de emergencia.

- a) Eliminar rápidamente la causa de asfixia o sofocación.
- b) Retirar al individuo de locales cerrados.
- c) Aflojar ropas apretadas.
- d) Retirar cualquier objeto de su boca o garganta que pueda obstruir la respiración. Tomar niño o guagua de los pies, boca abajo y darle una palmada entre los omóplatos.
- e) En los casos de inmersión hacer expulsar el agua, cuidando de colocar al paciente boca abajo con la cabeza más baja e inclinada hacia un lado, o tomarlo de los pies.
- f) Hacer respiración artificial utilizando cualquier método conocido y manteniéndolo hasta que se logren los servicios médicos. El mejor es el de boca a boca. La boca del que practica el método debe cubrir boca y nariz y sólo debe impulsar el aire de su boca dentro de los pulmones del niño (en los lactantes y edad pre-escolar).

ACCIDENTES CAUSADOS POR LA ELECTRICIDAD.

Puede ir desde la quemadura de mayor o menor extensión hasta la electrocución del individuo. En la mayoría de los casos se produce un cuadro de asfixia, que en algunas ocasiones es la causa de muerte.

ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN"

Para uso exclusivo

Solo de Lectura

Prevención.

Ya hemos mencionado algunas. Añadiremos, no tomar aparatos eléctricos, ni maniobrarlos con herramientas húmedas; no mantener cordones eléctricos sin aisladores; no realizar trabajos eléctricos sin cortar la corriente, no mantener artefactos eléctricos en uso cerca de la tina de baño mientras se está en ella. Si no es posible realizar las modificaciones de los enchufes que mencionamos anteriormente, sugerimos tratar de dejarlos detrás de muebles que no puedan ser movidos por los niños.

No mantener cordones eléctricos en malas condiciones, no recargar circuitos ni arreglar tapones con demasiada resistencia, no mantener lámparas de sobremesa al alcance de los niños, enchufadas y sin ampollitas.

Como medida general, al abandonar una casa por un tiempo (vacaciones, etc), conviene cortar la luz en el tablero central y soltar o retirar los tapones.

Medidas de emergencia.

Cortar la corriente en el interruptor correspondiente (no perder tiempo en buscarlo); crear un cortocircuito o llevar la corriente a tierra a ambos lados de la víctima, sin hacer contacto con ella, cortar el conductor a ambos lados si hay un hacha cerca y tenga el mango seco; sacar la víctima del contacto de la corriente lo más pronto posible, tomando las siguientes medidas:

- a) Aislarse del suelo (madera seca, papel, goma).
- b) En lo posible utilizar guantes.
- c) Si se cuenta con una cuerda se hará una lazada en sus pies.
- d) Utilizar un cinturón de cuero, vestón, etc.
- e) Si la persona se está quemando, tirarle tierra, arena, frazadas o alguna otra ropa.

En seguida realizar la respiración artificial y si hay quemaduras realizar el tratamiento adecuado, sin descuidar aquéllas.

ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS.

Las lesiones producidas son de diversos tipos y de diversas gravedades, dependiendo del tipo de arma o explosivo empleado y la región comprometida.

Prevención.

Se relaciona con el cuidado para guardar las armas de fuejo bajo llave y en lugares inalcanzables para los niños. En lo posible mantener las armas de fuego descargadas y las balas guardadas en otro sitio también bajo llave. En los casos de revólveres y otras armas, quizás convendría guardarlos abiertos, de manera que no haya posibilidad de que el niño lo gatille cuando encuentra una bala y la coloque en su cargador. Especial cuidado debe tenerse con las pistolas y recordar que aunque se saque el cargador, puede quedar una bala pasada y originar una desgracia.

En los hogares de individuos que trabajan con explosivos o detonantes, hay que tener mucho cuidado cuando por equivocación los llevan en sus bolsillos a casa, que no queden al alcance de los niños.

Junto a esto, conviene que los padres eduquen a los niños respecto a las armas de fuego, de maneras que conozcan los peligros que producen.

Medidas de emergencia.

De acuerdo con el tipo de lesión se hará la atención de primeros auxilios que corresponda, en la forma más rápida posible y se hará su traslado a un centro médico.

En el hogar conviene tener un botiquín para la atención de urgencia. Debe estar ubicado en un sitio al

Se sugiere realizar la investigación científica y el estudio de los accidentes de tránsito, para poder determinar las causas y los factores que intervienen en ellos, con el fin de poder prevenirlos.

ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS.

Las lesiones producidas por las armas de fuego son de diversa índole, dependiendo del tipo de arma o explosivo empleado y la región comprometida.

Prevenición.

Se reflexiona con el cuidado para guardar las armas de fuego bajo llave y en lugares inaccessibles para los niños. En lo posible mantener las armas de fuego desarmadas y las balas guardadas en otro sitio que no sea el mismo. En los casos de revólveres y otras armas, que se convenga guardarlos desarmados, de manera que no haya posibilidad de que el niño lo cargue cuando se encuentre una sola y lo coloque en su cargador. En los casos de armas de fuego, debe tenerse con las pistolas y revólveres, que cuando se saque el cargador, puede quedar una bala suelta y originar una lesión.

En los hogares de individuos que trabajan con explosivos o detonantes, hay que tener mucho cuidado con los niños, para evitar que lleven en sus bolsillos a casa, que no queden al alcance de los niños.

Como a esto, conviene que los padres eduquen a los niños respecto a las armas de fuego, de manera que conozcan los peligros que producen.

Habitos de higiene.

De acuerdo con el tipo de lesión se hará la atención de primera auxilio que corresponda, en la forma más rápida posible y se hará un traslado a un centro médico.

En el hogar conviene tener un botiquín para la atención de urgencias. Debe estar ubicado en un sitio al

alcance de todos los adultos; debe tener llave también al alcance de los adultos; no debe tener tóxicos ni venenos, los que deben quedar en otro lugar, bien separados y bien señalizados.

En la puerta del botiquín y pegado por dentro, debe haber una lista de las medidas más urgente y más necesarias a utilizar. Allí deben estar los números de teléfonos de los médicos de la familia; de las Asistencias Públicas y Postas; de Carabineros y Bomberos.

No debe abarrotado de medicamentos y convertirse en una pequeña farmacia. Conviene tener allí lo siguiente:

En lo posible una tijera y una pinza con dientes limpias; gasa estéril; tela adhesiva; curitas; algodón estéril; alcohol; Betadinex sol. y detergente; Merthiolate o mercurio cromo; Molca; Nupercainal; ungüento oftálmico; pomada Dinecaína al 2%; vendas de gasa de 5 a 10 cms. de ancho (3 de cada una); jabón Sanguinermín; solución de 2 partes de carbón activado, 1 parte de óxido de magnesio y 1 parte de ácido tánico.

En forma muy somera hemos resumido los aspectos principales de los accidentes más frecuentes. De esta revisión podemos sacar un factor común y con toda propiedad podemos decir que:

Todos los accidentes pueden considerarse como las ramas de un solo tronco: LA NEGLIGENCIA ACOMPAÑADA INEVITABLEMENTE DEL DESORDEN, LA SUCIEDAD Y LA IGNORANCIA, junto al poco RESPECTO POR LA INTEGRIDAD FISICA DE LA PERSONA.

Resulta entonces evidente que: LA VACUNA CONTRA TODOS LOS ACCIDENTES ES LA EDUCACION.

Y para terminar, citaremos al Dr. M. G. Gandau, Director General de la Organización Mundial de la Salud:

CAMBIO DE TURNO: ELEMENTO DE CONTROL EN
LA ADMINISTRACION DE SALA.

Beatríz Castro Seisedos
Nidia Núñez Alvarado

Profesoras de Enfermería IV Año
Esc.Enferm. "CVB"

Todos profesional de enfermería se enfrenta a la responsabilidad básica de proporcionar atención de enfermería a un grupo de pacientes o familias. Su meta final debe ser el alcanzar la máxima calidad en esta atención.

Esta situación implica la utilización de recursos humanos y materiales, involucra además para el profesional el ejercer liderazgo de un grupo de personal auxiliar colaborador.

Para obtener éxito en el logro del propósito final, el profesional de enfermería, además de sus capacidades personales y técnicas, recurre a medios de supervisión y control directos e indirectos.

Uno de estos medios es el cambio de turno, actividad diaria y periódica que se realiza a nivel de sala en el hospital. Se considera que esta actividad es fundamental en la administración de una sala y que el estudiante de IV Año, en su laboratorio de administración, debe adquirir conciencia de esta importancia y habilidad para efectuarla, dado su posición de líder del equipo.

Basándose en esta necesidad del estudiante, en la observación y experiencia personal se ha llegado a establecer ciertos puntos esenciales a considerar en el cambio de turno. Se destaca asimismo, el rendimiento de esta actividad como ayuda para que el profesional

Profesor de Medicina
Fac. Medicina

Profesor de Medicina IV Año
Fac. Medicina

El profesional de enfermería es responsable de proporcionar atención de enfermería a un grupo de pacientes o familias. Su función final debe ser el alcanzar la máxima calidad en esta función.

Esta situación implica la utilización de recursos humanos y materiales, involucra además para el profesional el ejercer liderazgo de un grupo de personal auxiliar colaborador.

Para obtener éxito en el logro del propósito final, el profesional de enfermería, además de sus actividades personales y técnicas, requiere a medios de supervisión y control directos e indirectos.

Uno de estos medios es el cambio de turno, actividad diaria y periódica que se realiza a nivel de actividad en el hospital. Se considera que esta actividad es fundamental en la administración de enfermería, en su laboratorio de administración, debe adquirirse conciencia de esta importancia y habilidades para efectuarla, dada su posición de líder del equipo.

Basándose en esta necesidad del estudiante, en la observación y experiencia personal se ha llegado a establecer ciertos puntos esenciales a considerar en el cambio de turno. Se describen a continuación el rendimiento de esta actividad como ayuda para que el profesional

Revista de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren"

conservar el control de la situación de enfermería y mejore el nivel de atención del cual es responsable.

Su utilidad para el profesional a cargo de una sala, podría reunirse en los siguientes términos:

- 1.- Ayuda a una buena planificación.
 - a) Permite establecer un mejor equilibrio entre necesidades y recursos al hacer una mejor distribución de actividades.
 - b) El conocer periódica y frecuentemente el estado de cada paciente, permite efectuar modificaciones efectivas en los planes de atención.
- 2.- Provee continuidad en la atención.
- 3.- Favorece un mejor y mayor conocimiento del personal. Ofrece la oportunidad de observarlo mientras proporciona información oral y escrita de una jornada de su trabajo.
- 4.- Promueve buenas relaciones humanas entre el personal. Evita problemas entre los diferentes turnos, porque existe la posibilidad de discutir y aclarar dificultades.
- 5.- En general, facilita la solución de problemas en el trabajo, al poder analizar y buscar soluciones en conjunto.
- 6.- Fomenta un mejor trabajo de equipo.
- 7.- Es un efectivo medio de educación en servicio.
- 8.- Ayuda a un mejor control del material de trabajo. El profesional pesquisa precozmente deterioros o escasez de elementos de trabajo y puede solicitar su reposición o adquisición en forma más oportuna.

Durante el desarrollo de esta actividad conviene reforzar los siguientes aspectos para obtener un mejor rendimiento:

- 1.- El personal debe estar consciente de la importancia de esta actividad.
- 2.- Los participantes serán el personal de ambos turnos (el que entrega y el que recibe) en su totalidad.
- 3.- Tiempo:
 - a) Debe iniciarse a la hora exacta para promover puntualidad y como muestra de respeto y consideración hacia el personal que termina su jornada.
 - b) La duración no debiera ser mayor de 15 a 20 minutos (de acuerdo al número y tipo de pacientes). Se debe procurar no interrumpir la atención directa de pacientes y no debe interferir otras actividades.
Un cambio de turno muy prolongado puede producir rechazo en algunos miembros del equipo.
- 4.- Contenido:
 - a) Debe efectuarse frente al paciente y enfermo por enfermo. En lo posible, incorporándolo a esta actividad como fuente de información.
 - b) Debe disponerse de los registros de cada paciente para consultarlos según necesidad.
 - c) La información debe ser completa, clara y precisa (dar y requerir información).
 - d) Debe enfatizarse la información significativa.
 - e) Pedir información complementaria en los casos especiales.
- 5.- Registros: Completos y al día. Serán utilizados como fuente de información para la distribución del trabajo en el turno siguiente.

6.- Entrega y Recepción de Elementos Materiales: Según inventario. El material utilizado debe entregarse limpio y ordenado. Se debe dar cuenta de los deterioros o pérdidas.

Stock de Medicamentos de Emergencia: Informar de los medicamentos utilizados. Especiales precauciones en el caso de alcaloides u otras drogas de uso controlado.

Como recomendación general, debe entregarse el turno con todas las obligaciones realizadas, con lo cual se proporciona oportuna atención al paciente y se evita posteriores fricciones entre el personal.

CURSO DE CAPACITACION PEDAGOGICA Y PROFESIONAL EN ENFERMERIA

En la primera semana del mes de Mayo, se inaugurará el Curso de Capacitación Pedagógica y Profesional para enfermeras que colaboran con la Escuela de Enfermería en la enseñanza de los alumnos.

Este curso se realizará bajo los auspicios de la Facultad de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud.

La responsabilidad del desarrollo del curso recaerá a cargo del Instituto Pedagógico de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", donde se impartirán las materias pedagógicas y científicas respectivas.

El curso tendrá un horario de lunes a viernes.

INFORMACIONES GENERALES.

APERTURA DEL AÑO ACADEMICO 1967.

Como es ya tradicional, el día 3 de Abril se realizó un sencillo y significativo acto de Apertura del Año Académico 1967. En esta oportunidad, dieron la bienvenida al alumnado en general y muy especialmente a los alumnos que ingresan este año a nuestras aulas, la Directora de la Escuela Srta Iris Monárdez y el Presidente del Gobierno Estudiantil Sr. Jorge Zúñiga.

PERSONAL DOCENTE.

=====

CURSO DE CAPACITACION PEDAGOGICA PARA ENFERMERAS.

En la primera semana del mes de Mayo, se inaugurará el Curso de Capacitación Pedagógica y Profesional para enfermeras que colaboran con la Escuela de Enfermería en la enseñanza de los alumnos.

Este Curso se realizará bajo los auspicios de la Facultad de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud.

La responsabilidad del desarrollo del Curso estará a cargo del Instituto Pedagógico y de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", cuyo personal docente impartirá las materias pedagógicas y profesionales respectivamente.

El Curso tendrá la duración de un año académico.

=====

PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA.

La señorita SONIA PERONI PARRAGUEZ, profesora del Programa de Enfermería Materno-Infantil, está realizando en el presente año, el Curso de Docencia en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

=====

PERSONAL DOCENTE.

En Marzo de este año, se ha integrado al cuerpo de profesoras de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", la señorita LUISA GONZALEZ HENRIQUEZ. La señorita González participará en el Programa de Enfermería Médico-Quirúrgica.

ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN"
=====
Para uso exclusivo
Sala de Lectura

DISTRIBUCION DE LOS EGRESADOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN" EN EL AÑO 1966.

En el año 1966 egresaron 22 nuevos profesionales, de la promoción 1963-1966.

La distribución según área de trabajo fué equitativa, es decir, el 50% (11) están trabajando en servicios hospitalarios y el 50% (11) restante en terreno (Consultorios Materno Infantiles).

La distribución por organismos empleadores y zona de ubicación es la siguiente:

Distribución de 22 enfermeras egresadas en el año 1966, de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren".

Organismo empleador	Enfermeras	Porcentaje
Servicio Nacional de Salud	15	68,2 %
Servicio Médico Nacional de Empleados	6	27,2 %
Otras instituciones particulares	1	4,5 %
Total	22	99,9 %

Distribución de 22 enfermeras egresadas en el año 1966, de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", según ubicación geográfica:

Provincia	Enfermeras	Porcentaje
Valparaíso (x)	14	63,6 %
Antofagasta	5	22,6 %
Tarapacá	1	4,5 %
Maule	1	4,5 %
Concepción	1	4,5 %
Total	22	99,7 %

(x) De los nuevos profesionales que se radicaron en Valparaíso el 50% (7) están ubicados en la ciudad de Valparaíso; el 21,4 % (3) en Viña del Mar; y 28,5 % (4) en zonas rurales de la provincia.

SELECCION DE POSTULANTES A LA ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN", PARA PRIMER AÑO 1967.

En la postulación de 1967, se inscribieron 238 estudiantes. Postularon 183 y se aceptaron 50 alumnos en lista "A". Se elaboró además una lista adicional, lista "B" de 27 alumnos.

Antecedentes:

1. Sexo: Mujeres 46
Varones 4
2. Estado civil: Solteros 46
Casados 4 (2 mujeres y 2 varones)
3. Procedencia: Provincia Valparaíso: 47
Otras provincias: 3
4. Elementos de selección:
 - a) Prueba de Aptitud Académica. Puntajes variables de un máximo de 622 puntos y un mínimo de 410 puntos.
 - b) Concentración de notas de 2º ciclo de Hdes.
 - c) Como elemento complementario se consideró la preferencia marcada por el alumno.
 - d) Examen físico: Realizado por una terna de médicos seleccionados por la Escuela.

Resultados:

De 183 postulantes se aceptaron 50, lo que equivale a un 27,32 % del total.

Observaciones:

Es importante dejar constancia que de los 50 alumnos aceptados sólo 4 se retiraron, ocupándose las vacantes con los 4 primeros de la lista "B".-

-ooo0ooo-

Revista de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren"

Distribución de 22 enfermeras egresadas en el año 1966, de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren".

Organismo empleador	Enfermeras	Puntajes
Servicio Nacional de Salud	12	58,2 %
Servicio Médico Nacional de Empleados	6	27,3 %
Otras instituciones públicas	1	4,3 %
Total	19	89,8 %

Distribución de 22 enfermeras egresadas en el año 1966, de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", según aplicación geográfica.

Provincia	Enfermeras	Puntajes
Valparaíso (M)	14	67,6 %
Antofagasta	2	9,1 %
Tarapacá	1	4,5 %
Maipo	1	4,5 %
Concepción	1	4,5 %
Total	22	99,2 %

(M) De los nuevos profesionales que se radiaron en Valparaíso el 50% (7) están ubicados en la ciudad de Valparaíso, el 21,4% (3) en Viña del Mar y 28,2% (6) en zonas rurales de la provincia.

-ooo0ooo-

RELACION DE ESTUDIOS A LA ESCUELA DE MEDICINA
"CARLOS V. LARRAZ" PARA EL AÑO 1927

En la facultad de 1927 se inscribieron 235
estudiantes. Totalmente 125 y en especial 20 alumnos
en lista "A", 82 alumnos en lista "B" y 27 alumnos
en lista "C" de 27 alumnos.

Antecedentes:

1. Sexo: Hombres 46
Mujeres 6
2. Estado civil: Solteros 46
Casados 6 (2 mujeres y 4 hombres)
3. Procedencia: Provincial Valenciana 17
Otras provincias 29
4. Eranos de la escuela:
 - a) Exceso de la escuela: 12 alumnos. Puntos variables
de un máximo de 628 puntos y un mínimo de 440
puntos.
 - b) Concentración de la escuela de 29 años de edad.
 - c) Como elemento complementario se consideró la
formación médica por el alumno.
 - d) Exceso de la escuela: 2 alumnos por una forma de
concentración por la escuela.

Resultados:

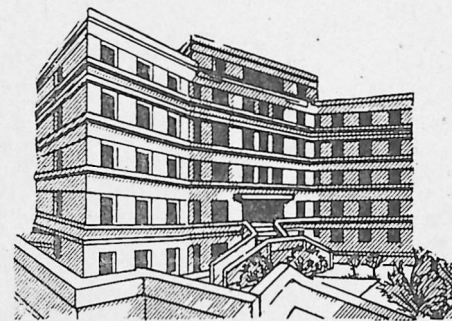
De los estudiantes se aceptaron 20, lo que
vale a un 27,32 % del total.

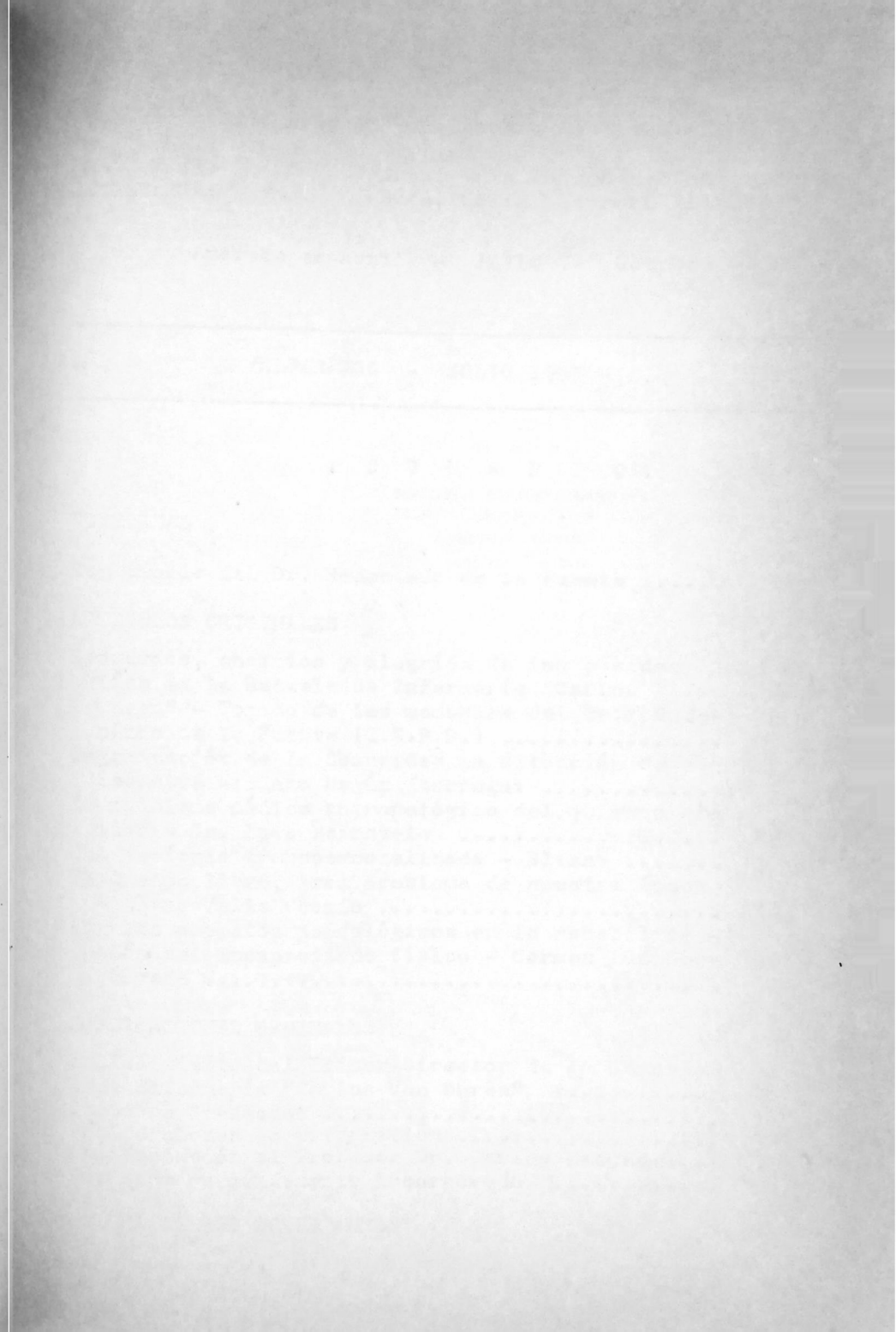
Observaciones:

Es importante la constante que se ha
dado en algunas de las materias, especialmente las
que se refieren a la historia de la medicina.

REVISTA DE LA ESCUELA
DE ENFERMERIA
«CARLOS VAN BUREN»

ESCUELA DE ENFERMERIA
"CARLOS VAN BUREN"
*Para uso exclusivo
Salas de Lectura*





REVISTA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN"

Comité de Extensión Cultural - Sub Comité de Revista

PRESDENTE: Srta. Iris Monárdez Clutterbuck
SECRETARIA: Srta. Sonia Guerrero Vilches

Aparece en Abril - Julio - Octubre

AÑO 6 VALPARAISO - JULIO 1967 Nº 2

. S U M A R I O .

	ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN" <i>Para uso exclusivo Sala de Lectura</i>	Págs.
EDITORIAL		
En memoria del Dr. Rudecindo de la Fuente		1
ARTICULOS ORIGINALES		
Recuerdos, encantos y alegrías de los pasados días en la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" - Tomado de las memorias del Dr. Rudecindo de la Fuente (Q.E.P.D.)		4
Organización de la Comunidad en situación de desastre - Blasa Najún Iturregui		9
El problema médico antropológico del enfermo crónico - Dr. Luis Weinstein		15
Una vesícula transpersonalizada - Eliana		20
El tiempo libre, gran problema de nuestra época - Elena Valle Osorio		22
Algunos aspectos psicológicos en la rehabilitación del incapacitado físico - Carmen Luz Sepúlveda		27
INFORMACIONES GENERALES		
Fallecimiento del Primer Director de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren"		36
Curso de Graduados		36
Publicaciones en preparación		37
Manifiestación al Profesor Dr. Carlos Medina		37
Profesor recientemente incorporado		38
PAGINA DE LOS ESTUDIANTES		39

13 OCT 1967



EN MEMORIA DEL DR. RUDECINDO DE LA FUENTE.

Dedicamos este número de nuestra Revista a la memoria del Dr. Rudecindo de la Fuente, primer Director-Fundador de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren".

El nombre de este establecimiento estará siempre unido a la vida y obra de dos grandes amigos: don Carlos Van Buren y el Dr. Rudecindo de la Fuente. El anhelo que ambos tenían de ayudar a la comunidad a vivir en mejores condiciones de salud, se tradujo en muchas obras, entre las cuales está la creación de la Escuela de Enfermería porteña.

Había llegado el Dr. Rudecindo de la Fuente a Valparaíso en los comienzos del año 1914, cuando los médicos ejercían liberalmente su profesión, y por otro lado, los charlatanes influían en la población logrando más clientela que los primeros.

Joven, lleno de ilusiones y propósitos, llegó al Hospital San Juan de Dios, hoy Carlos Van Buren, el cual él mismo define como "un ruinoso depósito de enfermos, atendidos por médicos deprimidos por las condiciones materiales en que actuaban y desmoralizados en cuanto a espíritu de estudio y perfeccionamiento".

Se dedicó con gran fervor e inteligencia, a reparar estas condiciones negativas, a enseñar y entregar sus conocimientos, a fin de mejorar la atención médica que encontró a su llegada. En Santiago había reemplazado cargos espectables que le fueron ofrecidos, pero prefirió Valparaíso, por la situación más digna que tenían los médicos, ya que podían administrar los hospitales y por lo tanto, disponer de los recursos necesarios

para servir mejor a los enfermos y al personal.

Muchas fueron las obras realizadas con éxito más no oxentas de problemas, que el Dr. de la Fuente llevó a cabo en el Hospital "Carlos Van Buren" y en el Pensionado, del que se hizo cargo en 1921.

Fuó entonces, cuando se trajeron al país cinco enfermeras inglesas que se responsabilizaron de la atención de enfermería en el Pensionado.

El Dr. de la Fuente se había informado, al viajar a los Estados Unidos en 1917 y 1926, no sólo de los adelantos de la técnica quirúrgica, organización de servicios clínicos, etc., sino que le llamó profundamente la atención el servicio de enfermería, por la calidad y preparación de las enfermeras.

Con las enfermeras inglesas se inició e implantó una nueva modalidad en la atención de los enfermos, la que no estuvo libre de resistencia y comentarios negativos, especialmente de parte del cuerpo médico, acostumbrado a un trabajo individual, sin método y sin ceñirse a normas de trabajo institucional.

Esta experiencia con enfermeras bien preparadas, llevó al Dr. de la Fuente a imponer la necesidad de contar con enfermeras chilenas que tomaran el lugar de las enfermeras inglesas. No fué tarea fácil la de defender la creación de una escuela de nivel universitario, ya que opiniones adversas se levantaron para expresar que dicha medida era innecesaria y costosa. Pero, como era un convencido que a mejor preparación de las enfermeras mejor sería la atención a los enfermos, que constituyen el centro de su diaria tarea en el hospital, defendió la idea con tal tesón, que logró ver coronados los deseos y voluntad de don Carlos Van Buren.

Quisiéramos imaginarnos al Dr. de la Fuente en su difícil tarea de ser el primer director de la

Escuela; de dar a la nueva institución una adecuada organización; formular su política y doctrina; elaborar los planes de estudios de acuerdo con las exigencias universitarias de aquellos años de 1933; crear métodos justos y valederos para seleccionar sólo a los mejores estudiantes, y ser el portavoz de esta nueva escuela a la juventud del país a y a la colectividad en general.

En el primer Prospecto de la Escuela se lee una frase que revela en esencia el pensamiento del Dr. de la Fuente: "Las enfermeras de esta escuela aprenderán una profesión en lugar de un oficio". Se requería tener una profunda fé en el destino de enfermería, en la responsabilidad y preparación de aquéllos que continuarían su obra, un elevado espíritu humanista y una clara visión de los cambios profundos que se operarían con el tiempo, en cuanto a la misión técnica, científica y educadora que a la profesión de enfermería le correspondería desempeñar en el campo de la salud pública nacional.

Sus egresadas, que fueron nueve generaciones, y a las cuales imprimió un sello de rectitud y devoción al deber, las generaciones posteriores que él no formó, pero que conocen y aprecian su creación, guardarán un recuerdo cariñoso y agradecido al primer director y fundador de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", cuya obra revivirá en las páginas creadoras de la historia de la enfermería chilena.

-oooOooo-



"RECUERDOS, ENCANTOS Y ALEGRÍAS DE LOS PASADOS
DÍAS EN LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS
VAN BUREN."

Tomado de las Memorias
del Dr. Rudecindo de la Fuen-
te (Q.E.P.D.), primer Direc-
tor de la Escuela de Enferme-
ría "Carlos Van Buren".

En 1917 salí en viaje a Estados Unidos, en comi-
sión ad-honorem del Gobierno, para estudiar en ese país
la organización de los hospitales.

Desde el primer momento me llamó la atención, al
visitar los diversos establecimientos hospitalarios, el
personal de Enfermeras, servicio del que carecíamos acá,
o lo teníamos en forma muy rudimentaria.

La labor de este personal junto a los médicos e-
ra notable; el trabajo se simplificaba enormemente ha-
ciéndolo más efectivo, con gran beneficio para los en-
fermos. Mi interés se fué acrecentando y discurría en la
forma cómo nosotros podríamos tener algo semejante. Pero
al considerar la organización de nuestros hospitales y
los servicios de Beneficencia en general, nos dominaba
la decepción y desaliento.

En aquella época nuestros hospitales de Benefi-
cencia desempeñaban casi por igual, la misión de propa-
ganda religiosa y atención de enfermos. Cualquiera modi-
ficación en favor o bien de los últimos, era fácil inter-
pretarla como atentatoria a la primera.

De ninguna manera quiero aminorar la noble tarea de las religiosas que admiraba y admiro todavía.

Persiguiendo el objetivo de mi viaje, llegué a Chicago con carta de presentación para el señor Arzobispo, Monseñor George Mundelein, de Mr. George Duval, gran amigo suyo. Me fué fácil interiorizarme de la organización de los hospitales católicos de la ciudad y de sus escuelas de enfermeras, a la vez que posesionarme de que las religiosas se graduaban de enfermeras después de tres años de estudios como en los demás planteles.

Para mí fué una novedad el hecho de que las monjas fueran enfermeras y esto me sugirió la idea de que acaso no sería ésta la forma que ofreciera menos resistencia para implantar este servicio en Valparaíso. Estudiando cómo realizarlo, me decidí a abordar al señor Obispo en demanda de ayuda y le propuse nos facilitara un número de religiosas para que se trasladaran a Valparaíso con el fin de implantar este servicio. Se manifestó el señor Obispo de muy buena voluntad y gustoso habría resuelto este problema, según me expresó, pero la guerra de entonces demandaba gran número de enfermeras, que las dos mil o más religiosas que estaban en servicio se hacían insuficientes, por lo cual no era posible acceder a mi petición. Pero, "buscando una solución, me apegó, sería más fácil que ustedes me enviaran un grupo de religiosas para que estudiaran enfermería aquí y graduadas regresaran a organizar sus servicios. El único inconveniente sería que son de distinta orden: ustedes tienen las de San Vicente de Paul y aquí son de San Francisco, pero esto no importaría porque yo me encargaría de subsanarlo. Por lo demás, la estada de ellas sería sin costo".

Impuse al Sr. Van Buren, en su carácter de Administrador del Hospital San Juan de Dios, donde yo era médico interno, de mis observaciones y de mis conversaciones con el señor Obispo.

Varias razones impedían realizar lo que parecía

espléndida solución; se necesitaba cierta instrucción además del idioma y la mayoría de las religiosas eran francesas, con un régimen no apropiado a la nueva actividad que se deseaba adoptar. Esto, sin embargo, no fué motivo para que el señor Van Buren abandonara este problema, y muy luego se iba a presentar la oportunidad con motivo de la inauguración del Pensionado que lleva su nombre.

Decidido a implantar esta reforma, le solicitó a don Agustín Edwards, nuestro Embajador en Londres, la elección de un número de enfermeras para que tomaran a su cargo esta nueva repartición, lo que no despertó resistencia en atención, entre otras cosas, a que era un gasto que él particularmente financiaba.

Llegaron al país cinco enfermeras con óptimas calificaciones. Una hacía de Enfermera Jefe (matron), otra para la atención de sala de operaciones, que andanado los años llegó a ser la primera subdirectora de esta Escuela (nos referimos a Miss Margaret Bowie), una especialista en Obstetricia y dos para la atención general de enfermería.

La reacción y no poca resistencia que las enfermeras inglesas provocaron en la atención hospitalaria fué manifiesta, no sólo entre los pacientes y sus familiares, sino que también entre los médicos.

Sin embargo, paulatinamente se fué imponiendo su sistema de trabajo. Se pensó entonces en aprovechar su estada para la creación de una Escuela de Enfermeras, llegándose hasta elaborar los planos, pero desgraciadamente, circunstancias adversas no permitieron que esto se realizara.

Transcurrieron algunos años y en 1896, con motivo de un viaje que realizaba a Estados Unidos y Europa, para corresponder en parte a una donación que hacía el señor Van Buren para mejorar los servicios del Pensionado (rayos X, etc.), fué a despedirme de él

a su casa el día antes de que zarpara mi barco. Lo encontré trabajando e iniciamos una conversación. Don Carlos Van Buren me dijo: "Me encuentra usted en medio de estos papeles ordenando mi testamento, ¿qué quiere que le deje?". Sorprendido por tan bondadosa pregunta, no vacilé en contestarle que dejara un Legado para realizar sus deseos no cumplidos todavía, de fundar una Escuela de Enfermeras. "Démelo por escrito cómo lo desea", me respondió, y como al día siguiente abandonaba el país, tuve que redactar apresuradamente una cláusula, en que además de especificar el objetivo, resguardara a la donación de ser burlada y comprometiéndome a vigilar su cumplimiento.

Como yo era el médico jefe del Pensionado, se me asignó el cargo de Director del futuro establecimiento, no por codicia, pues en esos tiempos los cargos de directores eran ad-honorem, sino como un compromiso moral con que me obligaba a corresponder a tan bondadosa donación. Parece que el propio señor Van Buren tenía igual pensamiento, y para asegurarme más en la obra, me hizo nombrar, estando yo en Europa, Administrador del Hospital San Juan de Dios, como presintiendo que iba a entrar en funciones a corto plazo. Este mismo deseo me lo manifestó a mi regreso, para decidirme a aceptar esta última designación. Posteriormente él fué designado Administrador del Pensionado en el que falleció.

Grande fué mi sorpresa cuando se publicó su testamento donde aparece íntegra la cláusula que le había dejado, sin más modificación o agregado que el monto de la donación.

La percepción del Legado se obtuvo rápidamente sin ninguna dificultad y la comisión inició el estudio para cumplir con las cláusulas testamentarias. Pero diversas apreciaciones pretendieron desviar el objetivo de la Fundación a otras actividades no consultadas y uno de los miembros de la comisión se empeñaba en incluir una Escuela de Puericultura, alien-

tado sin duda por influencias extrañas. Felizmente prevaleció la decidida firmeza del resto de la comisión en hacer cumplir la voluntad del testador, a pesar de la amenaza de deportación con que se me distinguió personalmente por parte del señor Administrador del Hospital.

Quiso la suerte que el país muy luego cambiara de régimen, y llegara a la Dirección General de Beneficencia el Dr. Alejandro del Río, quien manifestaba tener "debilidad" por este establecimiento. Inmediatamente solicité su auxilio y rápidamente, después de venir a Valparaíso y elegir el terreno personalmente, confeccionó los planos, secundado por los arquitectos de la Dirección General. Al poco tiempo, nuevos cambios en el Gobierno, nuevos Directores Generales de Beneficencia, y nuevas dificultades, dieron motivo a la Junta de Beneficencia de Valparaíso para olvidar este compromiso, hasta que el Albacea del señor Van Buren, don Rafael Luis Barahona, notificó que si no se cumplía con los plazos señalados en el testamento, se perdería el legado.

Fuimos llamados con urgencia por el Intendente de la Provincia, en su carácter de Presidente de la Junta de Beneficencia de Valparaíso, el señor Carlos Edwards y yo.

Se acordó entonces iniciar inmediatamente la construcción de una parte de la Escuela, que permitiera la apertura del primer curso, resolviéndose principiar por el Aula, la que fué terminada oportunamente.

Entregada esta primera parte de la Escuela y vuelto el Dr. del Río a la Beneficencia, se modificó el Reglamento, con el fin de hacerla depender directamente de la Dirección General.-

-oooOooo-

ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD EN

SITUACION DE DESASTRE.

Blaza Najúm Iturregui
Profesora Jefe
Enfermería Médico - Quirúrgica
E.E. "CVE"

Parte esencial de la Medicina Preventiva es la que dice relación con la protección de la comunidad contra accidentes y desastres.

Chile es un país que por sus agresivas condiciones geográficas, al encontrarse limitado por una volcánica y desarticulada cordillera, por un lado, y por un océano periódicamente convulsionado por otro, precisa mantener un programa activo de Seguridad nacional y local, que permita en cualquier momento, satisfacer las demandas requeridas por la comunidad ante una situación de desastre.

Se ha descrito como "Situación de Desastre" aquella que presenta las siguientes características: Es de aparición súbita; es imposible, de inmediato, precisar las causas y consecuencias; afecta a poblaciones o multitudes; provoca daños materiales y humanos.

La literatura que se preocupa del aspecto psicológico del problema, indica que la situación de desastre es un impacto que actúa en el o los individuos tanto en lo psíquico como en lo social. Anthony Wallace, psiquiatra norteamericano, define como "Síndrome de Desastre", al conjunto de reacciones determinadas por factores psicológicos y que emergen al pro-

ducirse el desastre. Lo evidencia el hecho que las sufren y presentan por igual quienes han sido físicamente lesionados y quienes han salido ilesos, pero emocionalmente afectados. El factor precipitante sería la percepción de que el daño envuelve, no sólo a la propia persona, sino a la familia, a los amigos, a los intereses materiales, etc.

Existen situaciones de desastre que pueden ser provocadas por los propios seres humanos (guerras, revoluciones). Otras, producidas por fuerzas que escapan momentáneamente a su control (explosiones, terremotos), y asimismo, existen catástrofes que pueden ser previstas con anticipación por el hombre (inundaciones, erupciones volcánicas).

Cuando se produce una catástrofe, no hay tiempo para detenerse a considerar quién debe ser el jefe en ese momento o qué indicaciones podrían darse que ayudaran a salvar la situación. Es preciso que la comunidad esté previamente organizada y preparada para afrontar esa emergencia.

PUNTOS FUNDAMENTALES A CONSIDERAR EN LA PLANIFICACION DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD.

Los puntos que se señalan son exclusivamente algunos aspectos útiles de destacar cuando se establece un programa de seguridad.

A.- El programa debe considerarse a nivel nacional y local, interviniendo autoridades civiles, militares, de salud y organizaciones representativas de la comunidad.

B.- El programa debe estar claramente descrito, estableciendo prioridades de dirección de acuerdo al tipo de desastre producido. Se podrá así fácilmente determinar quién toma la dirección o control de la situación en ese momento. Al existir confusión o pluralidad de jefaturas, tiende a perderse la visión clara

de delimitación de funciones y responsabilidades, creando desconcierto en el grupo.

C.- Debe establecerse claramente con qué recursos humanos se cuenta. Para esto es útil preparar y mantener voluntarios que puedan ser rápidamente utilizados.

D.- Debe prepararse en general a la comunidad para enfrentar situaciones de emergencia, tanto en el aspecto práctico como en su actitud mental. A este respecto, señalan algunos psiquiatras norteamericanos, que se presentarían fases de reacción en los individuos sometidos a situación de desastre, como respuesta a la agresión externa:

- 1.- En primer término, un período de impacto, que es el efecto máximo derivado del stress inicial. Su duración es variable.
- 2.- En segundo lugar, un período de retroceso o retirada: finaliza la acción de las fuerzas iniciales y momentáneamente el individuo escapa a su efecto directo (huída).
- 3.- Tercer período post-traumático. Derivado del período de impacto. Se producen diversas reacciones. El individuo adquiere clara noción de lo que significa el desastre producido (pérdida del hogar, situación económica, muerte). Hace rápido balance de la situación real; comienza a luchar. En esta fase está incluida la rehabilitación.

ORGANIZACION DE LA ATENCION CUANDO SE PRESENTA LA SITUACION DE DESASTRE.

Las siguientes sugerencias se refieren esencialmente a accidentes que han provocado daño o lesiones en los individuos.

Producido el desastre debe organizarse la atención considerando cuatro aspectos:

- I. Organización de la atención en el sitio del accidente.
- II. Transporte.
- III. Atención en la posta u hospital.
- IV. Atención preventiva a la comunidad afectada.

II.- ORGANIZACION DE LA ATENCION EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE.

- A.- El más preparado en Primeros Auxilios debe tomar el control de la situación.
- B.- Efectuar una evaluación de la magnitud del daño producido:
 - área abarcada.
 - causas del accidente.
 - número de heridos.
- C.- Conocer los recursos humanos y de equipo con que se cuenta.
- D.- Tratar de obtener ayuda médica inmediata.
- E.- Organizar una posta de urgencia en el mismo lugar del desastre.
- F.- Establecer prioridades de atención y traslado.

En el último punto es importante establecer, como criterio básico de selección, el hecho de que lo fundamental es salvar a quien tiene posibilidades de sobrevivir, lográndose de este modo economizar gente que pudiese prestar ayuda, tiempo y material. El criterio de selección para establecer la prioridad de atención y traslado será, por lo tanto, el siguiente:

1. Atención a los heridos leves: no requieren un tiempo prolongado de tratamiento y nece-

sitan un mínimum de gente para su atención. Además, pueden regresar rápidamente a sus actividades y aún prestar ayuda posteriormente.

2. Atención a embarazadas.
3. Atención a heridos de mediana gravedad.
4. Atención a heridos graves.

G.- Establecer prioridad del problema de salud para su tratamiento.

1. Problemas respiratorios.
2. Hemorragias.
3. Heridas, (torácicas, abdominales).
4. Fracturas.

Este esquema se aplica igualmente para un individuo que para un grupo.

III.- TRANSPORTE.

Efectuada la atención de urgencia es preciso realizar el transporte de los pacientes hacia la posta u hospital más cercano. Puede efectuarse en ambulancias, vehículos motorizados, o transporte manual.

Para considerar prioridad de traslado, se sigue el mismo criterio considerado en el punto I - F.

III.- ORGANIZACION DE LA ATENCION EN LA POSTA U HOSPITAL.

Se siguen los mismos criterios considerados en punto I.

Se deben tomar en cuenta las medidas de urgencia ya aplicadas, evitándose pérdida de tiempo y duplicidad de esfuerzos.

IV.- ATENCION PREVENTIVA A LA COMUNIDAD AFECTADA.

Comprende las medidas de higiene tendientes a ayudar a la población a reajustarse emocionalmente e impedir que se desencadenen enfermedades especialmente transmisibles.

Asimismo, ayudar a la gente a aliviar su propia ansiedad, es hacer que la comunidad enfrente con sentido de realidad su situación. Sabido es que la inactividad tiende a agudizar los estados de depresión, por lo tanto, una forma de ayudar a las personas a aliviar o disminuir sus tensiones emocionales, es estableciendo planes de cooperación conjunta, dando oportunidades a los mismos afectados para que trabajen, manejen y solucionen sus problemas más inmediatos.

-ooo0ooo-

EL PROBLEMA MEDICO ANTROPOLOGICO DEL
ENFERMO CRONICO.

(Primera parte)

Dr. Luis Weinstein
Depto. Estudios Antropológicos
Escuela de Salubridad



En la actualidad se habla con frecuencia - tal vez demasiada - de la necesidad de una medicina antropológica o una antropología médica; se lo hace a propósito de formación médica, organización de la atención médica, relación médico-paciente y orientación de la psicoterapia. Generalmente no queda claro el concepto de fondo, qué se entiende por antropología y cómo pudiera hacerse la vinculación con la medicina. Lo único evidente es que existe una búsqueda y que alrededor de conceptos relacionados con antropología el médico advierte un área de prestigio, tal vez incluso valores nuevos.

Empezaremos por la primera pregunta, qué es lo antropológico. El acceso se nos dificulta de inmediato por la falta de un desarrollo en nuestro medio de la antropología como tal y por lo tanto, de la posibilidad de una respuesta institucionalizada por los cultores específicos del campo. Los antropólogos se encuentran en escaso número y tienen una demanda extensa y diversificada, que no les hace fácil el hallazgo de su propia identidad.

La medicina no alcanza tampoco una imagen distinta de lo antropológico, perturbada en su objetividad por su afán de absorber e instrumentalizar lo ajeno, y por la gran gama de orientaciones que cubre; es muy diferente la "antropología" de un médico de salud pública, un anatomista y un psicoterapeuta.

El campo de la antropología muestra rasgos particulares que lo hacen poco asimilable a los patrones habituales de definición y delimitación conceptual. La sociología es primariamente una disciplina científica. La antropología no puede ser ubicada tan fácilmente dentro de lo científico. Frente a ella se abre una verdadera trifurcación. Hay, es cierto, una antropología científica, pero con el mismo status existe e interactúa con la medicina la antropología filosófica. En tercer lugar, lo antropológico tiene alcances extensivos en función de la persona considerada como un todo y su valor intrínseco, que la medicina asimila con independencia casi de lo científico o filosófico. La antropología médica es en este sentido, sinónima de humanismo médico.

La antropología científica se abre caminos con tropiezos en la aceptación de los científicos. Se la suele dividir en antropología física y antropología cultural, dicotomía a veces tan profunda como para anular toda comunicación interna.

La antropología física ha tenido vinculaciones históricas con el desarrollo de la anatomía, los estudios clínico-constitucionales, los grupos sanguíneos y la genética. No suele aludírsele cuando se habla de antropología médica, ya que su conexión con la medicina ha sido una verdadera identificación en los puntos pertinentes. Los estudios constitucionales, por ejemplo, no se llaman corrientemente estudios médico-antropológicos, sino simplemente médicos.

La antropología cultural estudia la actividad humana, el mundo del hombre; según Hershkovits, cultura es la parte del ambiente hecha por el hombre. Caracterina al enfoque antropológico-cultural, en contraste con el sociológico, la tendencia al estudio global, con una aproximación directa del investigador, muchas veces participante en la vida de la comunidad estudiada. El método guarda similitud con la aproximación clínica,

con su énfasis en lo individual y relación personal del médico con el enfermo. El enfoque sociológico, por el contrario, hace énfasis en lo extensivo y representativo de grandes totalidades, trabajando con encuestas de tipo indirecto, asemejándose al enfoque epidemiológico.

La antropología cultural comprende diversas disciplinas. Tal vez las más conocidas, por su asociación con el estudio de atracción novelesca de los primitivos, sean la etnografía y la etnología.

La primera alude a un enfoque cultural de intención especialmente descriptiva a una determinada sociedad o grupo. La etnología implica una consideración de tipo comparativo de las culturas de varias sociedades.

La rama principal de la antropología cultural es, para nuestros efectos, la antropología social. Ella considera los elementos de una cultura, creencias, normas, valores, o elementos materiales - manufacturas - de grupos y comunidades con el método global y directo.

Estudios de antropología médica de este tipo, ha hecho Oreste Plath en diarreas infantiles y hábitos de beber; nosotros, sobre enuresis, esquizofrenia y alcoholismo.

Una rama de la antropología cultural de reciente evolución es la llamada "cultura y personalidad". En la antropología social se entremezclan antropología y sociología; en esta área es con la sicología que se funde la orientación antropológica. Destacan en esta materia los estudios sobre carácter nacional, carácter predominante de un determinado país. Vicente Sánchez estudia actualmente en nuestro medio, los valores propios de los diferentes estratos de nuestra población, que pudieran servir de base para la laborterapia.

estimación de los demás, ambas necesidades básicas para la adaptación psicosocial.

Cambio en el Sistema de Valores.

Para la adecuada adaptación del incapacitado, se debe producir un cambio en el sistema de valores, de manera que consideren que el "cuerpo completo" y el "cuerpo hermoso" significan, evidentemente, un valor cuando se poseen, pero que no debe ser inquietante el hecho de no poseerlos.

Este cambio de valores, no es algo fácil, ya que la tendencia general es valorar el cuerpo, en un grado alto.

Tamara Dembo y sus colaboradores (1956), efectuaron un estudio a fondo, de lo que ellos llaman "Aceptación de la pérdida", entendiéndose por "Pérdida", la ausencia de algo de valor, que se siente como una desgracia personal.

A continuación, se expondrá el desarrollo de los cambios que se producen en el sistema de valores, utilizados como un instrumento destinado a la superación de los sentimientos de vergüenza e inferioridad que resultan de la incapacidad.

Estos cambios se realizan en varios aspectos:

- 1.- Aumento del alcance de los valores.
- 2.- Subordinación psíquica.
- 3.- Comprensión de los efectos de la incapacidad.
- 4.- Transformación de valores comparativos en valores activos.

1.- Aumento del alcance de los Valores:

Esto significa la realización emocional de la existencia de otros valores. Es de vital importancia

durante el período de depresión que sigue a la pérdida de algo apreciado, ya sea una pérdida de normalidad física o de cualquier otra naturaleza.

Una de las condiciones revelantes de lo que los autores llaman "Dolor" como consecuencia de una "pérdida", es la imposibilidad con que se enfrenta la persona para cortar lazos con lo que fué. Lamentando su pérdida, trae el pasado al presente y no lo abandona.

La incapacitada siente la pérdida de la normalidad física, en términos de negación de satisfacciones personales y sociales. La magnitud del dolor por pérdida, puede comprenderse mejor, si analizamos ciertas afirmaciones que, a menudo, expresan los incapacitados:

"La gente puede aceptar mi presencia, pero no me acepta igual a como me aceptaba antes".

Durante el dolor, existe una combinación de factores, en los cuales la necesidad de tener nuevamente los valores perdidos, la constante percepción de diferencias con el estado anterior y aún, la propiedad del dolor, hacen que la persona concentre sus energías en los aspectos de pérdida. Se explica de esta manera porqué el primer paso, en el proceso de ajuste, impone el aumento de los valores para abarcar y profundizar aquellos que aún están disponibles para la persona. Solamente entonces, la persona puede reconocer las satisfacciones existentes en el presente y comenzar a ver que él y su vida tienen algo que ofrecer.

¿Cómo aumenta el alcance de los valores? Sabemos que los valores que se creen perdidos pueden ser percibidos en una nueva forma, en la cual los aspectos esenciales están retenidos, pero no negados. Por ejemplo, la persona que puede llegar a comprender que, aún cuando no puede volver a caminar normalmente, puede llevar consigo el valor que constituye la locomoción, mediante el uso de prótesis, las muletas o la silla de ruedas.

También sabemos que los valores de antaño, no descubiertos, pueden llegar a tener un significado actual, si la persona lucha contra sus sufrimientos; así puede llegar a apreciar el valor de la fraternidad, de la necesidad de servir a otros, por ejemplo; o, también aprender a reconocer el valor negativo del egoísmo. En todo caso su horizonte se estructura con hechos que importan, de una manera u otra.

¿Cuáles son las causas que ayudan a la reestructuración de los valores?.

Al comienzo, la persona está sumergida en una completa oscuridad y desorientación, pero gradualmente comienza a comprender, mediante una terapia adecuada y, en algunos casos, por su propio esfuerzo que, existe una razón para vivir y que, experiencias que valen la pena, aún les aguardan. El valor esencial, la vida, por el momento al menos, puede ocupar las energías de la persona, en vez de ponerlas en el sufrimiento derivado de la pérdida de la normalidad física. Tenemos que conducir al paciente a una nueva conciencia de lo positivo de la vida, sean cual fueren sus condiciones físicas.

O sea, la necesidad de vivir puede contribuir al abandono del pasado y a guiar hacia el presente. En el caso, del paciente parapléjico, por ejemplo, va a tener que cuidar del problema de sus escaras, del problema derivado de los procesos excretores y en la necesidad de tener la mayor independencia en las actividades de la vida diaria.

El factor de diferencia perceptiva, en relación con el estado de otros pacientes, también ayuda como factor terapéutico. Cuando una persona está viendo a diario individuos incapacitados, a menudo considera, subjetivamente, que otros están peores que él y analiza las ventajas que él tiene. Esto se puede apreciar con bastante claridad en el Centro de Rehabilitación, cuando el paciente parapléjico se siente en ventaja ante el amputado.

Este fenómeno de contraste tiene, como se ha expresado un gran valor terapéutico, cuando a través de él, comienza a tener conciencia de sus propias ventajas, o habilidades y, en especial que, a pesar de sus limitaciones, puede llegar a participar, a su modo, en la sociedad.

2.- Subordinación Psíquica.

Aún cuando la persona no duda que la vida tiene un alto valor, puede estar indebidamente aporreada por el valor supremo que él concede a la competencia física de la normalidad. Puede, por ejemplo, reconocer que la vida significa amistad, trabajo, etc., pero aún se siente deprimida porque está bajo standard de normalidad física.

En este caso, hay que hacer comprender a las personas que los aspectos de personalidad, muchas veces son más valorados que cualquiera imperfección física.

3.- Comprensión de los efectos de la incapacidad.

Si una persona está bajo el standard en alguna característica física y se siente inferior, sus sentimientos de imperfección no interferirán en la estructura de su personalidad. Puede ser incluso de gran provecho, para reconocer sus reales limitaciones y poder de este modo, enfrentar con mayor éxito las contingencias que le exige el medio.

Lamentablemente, no es la regla general, una evaluación tan acertada de la incapacidad. En efecto, la desviación física, es vista frecuentemente, como la clave central de la conducta de una persona, y responsable aún de múltiples frustraciones, que analizadas en forma objetiva, no tienen relación alguna con la incapacidad.

Tanto las personas incapacitadas, como las normales, deben ser educadas en el convencimiento que, aún

cuando la incapacidad física, es un factor importante, cuyos efectos psicológicos se irradian a otras áreas de la vida, no siempre toda la vida va a estar determinada por esta incapacidad.

La persona incapacitada deberá encarar los valores, ahora perdidos, de manera que ellos sean puntos, en el vasto mapa del mundo, en el cual grandes áreas que dan relativamente intactas y accesibles. Entonces comprenderá, que no es una persona muy incapacitada, sino una persona con ciertas limitaciones físicas, como igualmente, que la vida tiene una multitud de significados, oportunidades y frustraciones, estando solo algunas de ellas conectadas con la incapacidad.

4.- Valores comparativos y valores activos.

La reacción que se tiene frente a algo, ya sea una persona, suceso, cosa o realización, puede ser favorable, desfavorable o neutra.

Pero, tales juicios pueden ser anunciados a través de por lo menos dos procesos psicológicos distintos, que Dembo ha llamado, valores comparativos y valores activos.

Si la evaluación, está basada en la comparación con un standard, se dice que la persona está invocando valores comparativos.

Por otra parte, si la persona, hace su evaluación, basándose en las cualidades inherentes del objeto que enjuicia, se dice que está invocando valores activos.

La persona incapacitada, puede ganar mucho psicológicamente, si utiliza valores activos, y no comparativos; si la normalidad física es tomada como un standard y el incapacitado, permanentemente está tratando de compararse y en último término de llegar hacia esa meta utópica, va a sentirse siempre inferior y sufrirá permanentes frustraciones que le impedirán una adecuada adaptación.

Es decir, hay que hacer comprender al paciente que no importa lo que el ha perdido, que lo que cuenta son las capacidades actuales. Deberá valorarse tal como es en el momento, sin tratar de alcanzar metas que sólo le producirán sentimientos de inferioridad e inutilidad. Es necesario que tome real conciencia que deberá reforzar al máximo sus capacidades remanentes, ya que, una vez afianzadas estas, podrá enfrentar en forma mucho más satisfactoria el medio ambiente.

Nota.- La segunda parte de este trabajo, se publicará en el número de la Revista correspondiente al mes de Octubre.



INFORMACIONES GENERALES.

FALLECIMIENTO DEL PRIMER DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN".-

El 28 de Abril pasado, dejó de existir el que fue primer Director y Profesor de Patología Quirúrgica de nuestra Escuela, Dr. Rudecindo de la Fuente Acuña, a la edad de 78 años.

Al conocer esta triste noticia, la Dirección del Establecimiento, llegó hasta su casa habitación para presentar sus condolencias personales y las de la Escuela, a los familiares del extinto.

El Consejo Directivo y el Gobierno Estudiantil del establecimiento en reunión conjunta acordaron: Decretar duelo, izar la bandera a media asta, enviar las condolencias del profesorado y alumnado de la Escuela y concurrir a los funerales del extinto.

En el Cementerio despidieron los restos del Dr. de la Fuente en nombre de la Escuela de Enfermería, la Directora del Establecimiento, Srta. Iris Monárdez Cl., y en nombre del Colegio Médico el Dr. Manuel Volochinsky.

=====

CURSO DE GRADUADOS.

Continúa realizándose el Curso de Capacitación Pedagógica para Enfermeras.

En el período Abril - Agosto se ha estado desarrollando el área Pedagógica del curso. La asignatura de Filosofía y Técnicas de la Educación está a cargo del Profesor Sr. Robinson Gaete U.; Psicología Evolutiva y de la Personalidad, a cargo del Sr. Marcelo Blanc y, Sociología a cargo del Sr. Jorge Jobet.

Revista de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren"

A partir de Agosto se desarrollará el área profesional, que tomará los aspectos de Enfermería Médico-Quirúrgica y Materno-Infantil, a cargo de las profesoras Srta. Blaza Najúm I, y Sra. Gladys Rosales de Cruz, respectivamente. La Sra. Lida Bernal Solari, Estadístico Jefe de la Zona de Salud de Valparaíso, dictará el curso de Estadística y Bioestadística.

Este curso ha despertado gran interés en las alumnas seleccionadas, quienes asisten con regularidad a las clases programadas.

Esperamos que esta iniciativa pueda continuarse el próximo año con igual éxito.

=====

PUBLICACIONES EN PREPARACION.

Antes de finalizar el presente año esperamos entregar las siguientes publicaciones:

La traducción del libro "When You Preside" de Sidney Sutherland, realizada por la Srta. Iris Monárdez Cl, en circulación restringida.

Manual actualizado de Pruebas Funcionales, de las profesoras de Enfermería Médico - Quirúrgica Sra. Olga Alarcón de Contreras y Srta. Blaza Najúm Iturregui.

Apuntes de Anatomía del Dr. Carlos Medina Leiva.

=====

MANIFESTACION AL PROFESOR DR. CARLOS MEDINA LEIVA.

Por tener que asumir la Dirección del Instituto de Morfología del Departamento de Ciencias de Valparaíso, el profesor Dr. Carlos Medina L., ha debido renunciar al

cargo de Profesor de Anatomía de esta Escuela.

La Dirección, Profesores y Alumnos de esta escuela han querido manifestar su aprecio a tan estimado profesor, ya que por el lapso de 20 años ha colaborado con esta Institución en forma tan eficiente, brindándole un cocktail en el Club Naval el día 13 de Julio.

=====

PROFESOR RECIENTEMENTE INCORPORADO.

Por renuncia del Profesor de Anatomía, Dr. Carlos Medina L., asumirá como profesor titular de esta asignatura el Médico-Cirujano, Dr. Jaime Cubillos Oyarzo.

====

El Comité de Divulgación iniciará en Agosto próximo un ciclo de charlas en los liceos de la provincia con el fin de dar a conocer la profesión a los liceanos que iniciarán el próximo año estudios universitarios. Estas charlas serán ilustradas con diapositivos.



-ooo0ooo-

PAGINA DE LOS ESTUDIANTES.

Labor realizada por el Gobierno Estudiantil durante el período 1966-1967, para lograr solución al antiguo problema de integrar totalmente la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" de Valparaíso a la Universidad de Chile.

- 1.- Creación de un Comité Mixto Pro Ingreso a la Universidad de Chile, con participación de todas las partes interesadas: Dirección, Cuerpo Docente, Gobierno Estudiantil y Fech-V.
- 2.- Conversación con varios parlamentarios para motivarlos con respecto al problema y entrega de Memorandum informativo.
- 3.- Copia a mimeógrafo de Memorandum informativo realizado por la señorita Iris Monárdez Cl. y entrega de una copia a cada alumno de la Escuela.
- 4.- Redacción de un pre-proyecto de Ley realizado por el señor Héctor Oliva Cornejo, con el fin de obtener los fondos necesarios para darle autonomía económica a la Escuela; y facilitar la integración a la Universidad de Chile.
- 5.- Información general del problema a los alumnos que ingresaron al Primer Año por intermedio del Presidente del Gobierno Estudiantil.
- 6.- Reunión de la señorita Directora de la Escuela y Ejecutivo del Gobierno Estudiantil con el señor Carlos Cerda, delegado de los alumnos universitarios al Consejo de la Universidad, para que apoye nuestros planteamientos.

- 7.- Apoyo al movimiento "Universidad para todos", con el fin de crear un nuevo Primer Año de Enfermería, dependiente de la Universidad de Chile, que funcione en nuestra Escuela, siempre y cuando estuviera financiado y con la expectativa de formar una co-juntura que logrará integrarnos en un tiempo prudencial a la Universidad.
- 8.- Entrevista con el Presidente de la Fech señor Antonio Caballa y entrega de un proyecto de presupuesto para crear un Primer Año dependiente de la Universidad de Chile de Valparaíso.
- 9.- Entrevista con el señor Rector de la Universidad de Chile don Eugenio González Rojas junto a los parlamentarios de la zona, señores Guastavino y Montedónico, representantes de los alumnos al Consejo Universitario señor Carlos Cerda, vice-presidente y secretario general de Fech-V, por la Escuela concurren la señorita Directora y Ejecutivo del Gobierno Estudiantil, con el fin de solicitar apoyo y los fondos necesarios para crear un Primer Año de Enfermería en Valparaíso, dependiente de la Universidad de Chile y la posterior integración gradual de la Escuela a la Universidad.
- 10.- Entrevista con el vice rector de la Universidad de Chile Ruy Barbosa, con asistencia del diputado señor Luis Guastavino, delegado señor Carlos Cerda, vice-presidente de Fech-V, señorita Directora de la Escuela y Ejecutivo del Gobierno Estudiantil. En esta misma oportunidad se realizó una entrevista con la señora Rosalba Flores de Fernández, directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile de Santiago, a quien solicitamos apoyo para nuestro planteamiento. Concurrió señorita Iris Monárdez y Ejecutivo del Gobierno Estudiantil.

- 11.- Entrevista con el Vice-Rector Sr. Ruy Barbosa; Decano subrogante de la Facultad de Medicina Dr. Avelés acompañado de otros decanos; Sr. Marcos Antonio Rocca Asesor del Presidente de la República al Consejo Universitario; Presidente de Fech Sr. Antonio Caballa; delegado Sr. Carlos Cerda, y Presidente del Gobierno Estudiantil de la Escuela.
- 12.- Planteamiento del problema en la última reunión de Fedeuch, con asistencia de los presidentes y delegados de todas las escuelas de Enfermería de Chile afiliadas a este organismo (10 en total).
- 13.- Entrevista con el señor Director del Servicio Nacional de Salud Dr. Francisco Mardones Restat, con el objeto de conocer la posición del señor Director frente a nuestro planteamiento de integrarnos a la Universidad.
Concurrió a esta reunión el Presidente de Fech señor Antonio Caballa, la Presidente de Fedeuch señorita María Lea Derio Palacios, presidentes y delegados de las Escuelas del Servicio Nacional de Salud de Santiago y Valparaíso; se contó con la excusa del Ejecutivo del Centro de Alumnos de la Escuela de Concepción.
- 14.- Invitación por carta enviada al señor Director del Servicio Nacional de Salud a que concurra a nuestra Escuela para exponer sus puntos de vista en una asamblea general de alumnos.
- 15.- Exposición de todo lo realizado por el Gobierno Estudiantil en una Asamblea General extraordinaria citada en la Escuela y con asistencia de más del 50% del alumnado.
- 16.- Por acuerdo de esta Asamblea se creará una Comisión de Información al alumnado, para prepararlos con los antecedentes necesarios, desde nuestro

punto de vista ante la posible visita del señor Director del Servicio Nacional de Salud a nuestra Escuela.

Debemos destacar que en todas nuestras gestiones hemos contado con el más decidido apoyo de la Dirección y Cuerpo Docente, para facilitar nuestra labor, ya sea acompañándonos en las entrevistas y conversaciones, como asesorándonos frente a los problemas surgidos.

Por lo anteriormente expuesto, el Directorio del Gobierno Estudiantil agradece a la señorita Directora, señorita Sub-Directora y Cuerpo Docente, esta fina deferencia.-

-000000-

BASES DE PUBLICACIONES

- 1.º Los trabajos presentados a la Dirección de la Revista deberán traer 2 copias, dactilografiadas, papel tamaño oficio y a doble espacio.
- 2.º La Dirección de la Revista se reserva el derecho de publicar los artículos que estime conveniente.
- 3.º No se devolverán los trabajos que se presenten y que no hayan sido seleccionados para su publicación.
- 4.º Los trabajos deberán ser presentados con diez días de anterioridad a la fecha de aparición de la Revista.

LA DIRECCION

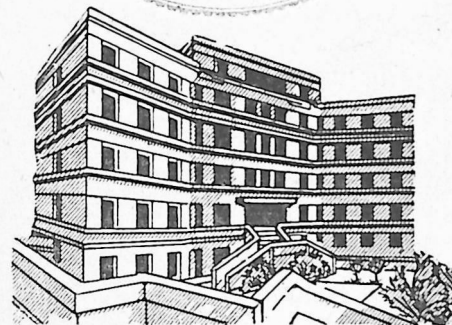
REVISTA DE LA ESCUELA
DE ENFERMERIA
«CARLOS VAN BUREN»

ESCUELA DE ENFERMERIA

« CARLOS VAN BUREN »

Blas Cuevas 1028-Casilla 4265

Fonos 4592 - 7043 - Valparaíso



REVISTA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA "CARLOS VAN BUREN".

Comité de Extensión Cultural - Sub Comité de Revista

PRESIDENTE: Srta. Iris Monárdez Clutterbuck
SECRETARIA: Srta. Sonia Guerrero Vilches.

a Aparece en Abril - Agosto - Diciembre

AÑO 6 VALPARAISO - DICIEMBRE 1967 Nº 3

. S U M A R I O .

	Págs.
EDITORIAL	Págs.
Una nueva Promoción frente al desafío del futuro	1
ARTICULOS ORIGINALES.	
Característica de la Profesión de Enfermería. - Lila Aguilar C. y col.	3
Algunos aspectos Psicológicos en la Rehabilitación de Incapacitado Físico. Carmen Luz Sepúlveda	11
Algunos Puntos de Vista en torno a Enfermería Psiquiátrica - Gloria Michel M.	16
El Problema Médico Antropológico del Enfermo Crónico - Dr. Luis Weinstein.	22
Atención de Enfermería a Pacientes con Peritoneo Diálisis - Benita Díaz L.	28
En torno a la Escultura Francesa Contemporánea - Mario Naudon de la Sotta	34
El Mar y sus Recuerdos - M. Irene Wilke	38
Tú - Eliana Sandoval S.	41
INFORMACIONES GENERALES .	
Aniversario de la Escuela	43
INFORMACIONES DE LOS ALUMNOS	
Segunda Convención Estudiantes Escuela Enfermería "Carlos Van Buren".....	47
Acciones realizadas Gobierno Estudiantil período Agosto - Octubre	47
Elección de nueva Directiva 1967 - 1968.....	48

EDITORIAL.

UNA NUEVA PROMOCION FRENTE AL DESAFIO DEL FUTURO

En este mes de Diciembre egresarán de la Escuela después de haber cumplido satisfactoriamente sus cuatro años de estudios, un grupo de 28 nuevos profesionales de enfermería. Han cumplido su objetivo fundamental que se impusieron al llegar a esta casa de estudios, cuál era la de obtener una profesión que eligieron conscientemente. Más, sabemos que no fué el único objetivo que se propusieron alcanzar. Durante estos años, se han ido cumpliendo casi normalmente los objetivos de maestros y alumnos. Por muchas razones creemos que los que hoy egresan, saldrán más conscientes del rol que como ciudadanos y profesionales les corresponderá cumplir en una sociedad que cambia vertiginosamente. Creemos también, que han logrado adquirir, además del arte de la profesión, actitudes y valores que los vayan conformando cada vez más humanos y mejores.

Esperamos además, que en estos años, hayan comprendido que el título que recibirán en algunos días más representa el logro de una primera etapa en la formación profesional. Vendrán otras, conforme al dinamismo de la época en que les corresponderá ejercer, dinámico y progreso que impondrán a los profesionales, técnicos y auxiliares nuevas responsabilidades. Ya no se concibe que el hombre de hoy y menos el del mañana, realice una actividad, por muy sencilla que ella sea, si no está provisto del conocimiento y experiencia que de manda la época actual y con toda seguridad la del futuro, por su calidad eminentemente técnica y científica.

Grandes y mayores exigencias les serán impuestas a aquellos que ostenten un título universitario, porque no sólo son expertos en su respectiva esfera de acción, sino que en ellos recae la responsabilidad de ser forjadores y conductores de una sociedad nueva, que está naciendo debido a las presiones de multitudes cada vez más conscientes de sus derechos que exigen cambios profundos de las estructuras ya arcaicas de nuestras ac

tuales comunidades. Ello implicará ejercer la profesión con un sentido distinto. Será más científica y humana. Más integral. Más al servicio de grandes conglomerados humanos no sólo urbanos, sino fundamentalmente, rurales. Nos satisface saber que de los 28 egresados, 12 de ellos trabajarán en lugares apartados, en donde la necesidad de nuestros compatriotas, en cuanto a salud, es mucho más apremiante y trágica que de aquellos que viven en los centros urbanos. De ahí que, los egresados tendrán que ejercer una enfermería integral, en que la prevención y fomento de la salud, luchar por un ambiente saludable para la población, serán funciones tan o más primordiales, como la de recuperar la salud.

El papel de promotores de cambios reales que ayuden a elevar el nivel de vida de la población, estará cada vez más ligado a la misión del profesional de enfermería. Tendrá por tanto que hacer uso no sólo de la teoría científica y técnica que irá adquiriendo a través de la experiencia y estudios continuos, sino tener el coraje de impulsar con su acción, en la práctica, los cambios necesarios que permitan a los individuos y comunidades, vivir una vida saludable y por tanto, más digna y más humana.

ARTICULOS ORIGINALES.

CARACTERISTICAS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA

L. Aguilar., M. Barriga
A. Briebach., M. Burgos
N. Carvajal., A. Eastman

Curso de Capacitación Pedagógica y Profesional para Enfermeras Graduas, auspiciado por la Universidad de Chile de Valparaíso - Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" y Servicio Nacional de Salud. 1967.-

Si nos remontamos a los albores de la humanidad encontraremos a los hombres que fabricaron los primeros eolitos, precursores de las grandes máquinas empleadas por la tecnología moderna. Desde los primeros artefactos toscos de hace un millón de años a las maravillas mecánicas y científicas del momento actual el hombre ha ido perfeccionándose constantemente y así ha pasado de las etapas de aficionado a aprendiz, maestro, jefe de taller, etc.

Trabajos que antiguamente constituían simples oficios exigieron mayor acumulo de conocimientos científicos y técnicos de modo que con el avance de las culturas, la ciencia y la industria pasaron a ocupar lugares importantes y destacados dentro de la sociedad.

Desde ese momento fué preocupación constante de los integrantes de estas agrupaciones ir exigiendo a los nuevos miembros condiciones, requisitos y mayor bagaje cultural, creación de programas de estudio a nivel universitario y de perfeccionamiento de post-grado. Creación de instituciones con sus códigos, reglamentos y reconocidas legalmente.

Las profesiones han adquirido un dinamismo acorde con las estructuras cambiantes de la sociedad, y

a su vez los aportes que las profesiones han entregado en el ejercicio de las ciencias han dado origen a cambios sociales fundamentales.

Existen diversos criterios sobre profesión y sus características. Ninguno de los conceptos propuestos han sido ampliamente aceptados como para considerar se definitivos.

Con el fin de esclarecer ideas coincidentes en los criterios de diferentes autores se hizo un estudio comparativo que permitió establecer un grupo de características básicas para reconocer una profesión como tal.

CARACTERISTICAS DE PROFESION:

- 1.- Satisface una necesidad social indispensable, está basada en un sólido conocimiento y es socialmente aceptada.
- 2.- Requiere la aplicación de principios científicos y el uso de aquellos métodos de observación precisa y de razonamiento lógico. Es el ejercicio constante de una alta operación mental y juicio.
- 3.- Requiere dominio de las técnicas físicas, destreza, habilidad, pericia en diferentes grados.
- 4.- Requiere un período substancial de entrenamiento especializado. Hasta ahora está en interrogante cuánto sería el período de entrenamiento, aunque existe la tendencia a considerar que mientras más prolongado es el período de entrenamiento más profesionalizados son esos individuos.
- 5.- Requiere generalmente un amplio rango de autonomía, esto es, libertad para ejercitar independientemente destreza y juicio. Los grupos profesionales tienen gran libertad para regular sus ocupaciones mientras que las ocupaciones no profesionales por lo general carecen de esta libertad.

- 6.- Una amplia responsabilidad personal por juicios y acciones realizadas en el ejercicio profesional. La responsabilidad viene del hecho que las profesiones son de carácter intelectual y en todas las operaciones intelectuales, el pensador toma el riesgo sobre sí mismo.
- 7.- Las consideraciones de orden económico están subordinadas al interés público y, el bienestar de aquellos a quienes se sirve, debe tener precedencia sobre los beneficios personales.
- 8.- Sus miembros están recurriendo constantemente a laboratorios y seminarios para obtener informaciones nuevas.
- 9.- Es organizada en relación con actividades, deberes y responsabilidades que absorben a sus participantes y desarrollan conciencia de grupo para estimular un alto standard de práctica y elevar el status social y económico del grupo.
10. Formula y establece normas de ética que orientan los principios de conducta profesional.
11. Tiene suficiente poder como para retener a sus miembros a través de la vida, no debe usarse como peña para llegar a otras profesiones.

El ejercicio de una profesión no es sólo proporcionar medios de vida al hombre, sino también la base de su posición social y un medio para lograr consideración e importancia dentro de la colectividad en que vive.

En todos los conceptos de profesión encontra

mos tres factores de la estructura sociológica, que están íntimamente ligados entre sí que son: el individuo, la sociedad y la economía.

La profesión debe responder a las siguientes condiciones: ser una actividad adecuada al individuo en sus capacidades y aficiones, representar un valor positivo para la colectividad dentro de la cual vive y labora, y servir para asegurarle una posición en el mundo social, económico y cultural.

Enfermería se ha definido como: "Proceso interpersonal que considera al individuo en su totalidad como miembro de la familia y de una comunidad e implica actividades dirigidas al fomento, protección y recuperación de la salud".

Enfermería profesional se realiza en el vasto campo que la demanda social le exige de acuerdo a las características básicas que una profesión impone. Es por ésto, que requiere de conocimientos científicos y el uso de aquellos métodos de observación precisa y de razonamiento lógico que se exige a todos aquellos que se dedican a las actividades científicas.

La enfermería profesional también se organiza y se gobierna por sí misma, trata de proteger al público y a sus miembros, promoviendo normas sólidas de educación y de idoneidad personal a incorporar sus ideas y principios de conducta en un código de ética. Se esfuerza por mantener una alta calidad de servicio y de asegurar las condiciones que lo permiten atraer y mantener en sus filas individuos de habilidad y carácter superiores. Por medio del intercambio de ideas y del estudio constante, sus miembros dan impulso a su profesión y estimulan su propio progreso.

De lo anteriormente expuesto se puede concluir que las características de la profesión de enfermería son las siguientes:

- 1.- Rinde un servicio esencial a la Comunidad.
- 2.- Proporciona bienestar físico y psíquico.

Revista de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren"

- 3.- Requiere conocimiento científico.
- 4.- Basa sus técnicas en principios.
- 5.- Requiere destreza y habilidad.
- 6.- Su entrenamiento es intelectual y práctico.
- 7.- Tiene un programa de estudio de 4 años.
- 8.- Ejerce con autonomía.
- 9.- Es responsable por decisiones y actos que ejecuta.
- 10.- Es rentada.
- 11.- Realiza investigación.
- 12.- Tiene una organización reconocida.
- 13.- Se rige por un Código legal.
- 14.- Se rige por un Código de ética.

Como complementación de este trabajo se utilizó un cuestionario con el siguiente objetivo: -Comprobar en qué grado son reconocidas por las Enfermeras, las características de profesión de enfermería formuladas.

El cuestionario incluyó las características de profesión de enfermería numeradas del 1 al 14, encabezado por la siguiente pregunta: ¿Corresponden a enfermería profesional las siguientes características?. La respuesta incluía tres alternativas: afirmación, negación o abstención.

De 98 Enfermeras del Area Valparaíso se tomó una muestra aleatoria del 10 %. Como sistema de la toma de muestra se usó la tabla de números aleatorios (azar).

La tabulación del cuestionario dió el siguiente resultado: Afirmación en un 100 % para 10 de las características formuladas, 90 % para las Nº 7, 11 y 13 y 70 % para la Nº 8.

CONCLUSIONES.

- 1.- Enfermería profesional tiene características definidas.
 - 2.- Enfermería profesional posee características básicas de profesión, pero precisa definir su rango de autonomía y dar énfasis a la investigación.
- (xx) El cuestionario incluye las 14 características antes enumeradas.

CUESTIONARIO

¿Corresponden a enfermería profesional las siguientes características?.

- 1.- Rinde un servicio esencial a la Comunidad.
- 2.- Proporciona bienestar físico y psíquico.
- 3.- Requiere conocimiento científico.
- 4.- Basa sus técnicas en principios.
- 5.- Requiere destreza y habilidad.
- 6.- Su entrenamiento es intelectual y práctico.
- 7.- Tiene un programa de estudios de 4 años.
- 8.- Ejerce con autonomía.
- 9.- Es responsable por decisiones y actos que ejecuta.
- 10.- Es rentada.
- 11.- Realiza investigación.
- 12.- Tiene una organización reconocida.
- 13.- Se rige por un Código legal.
- 14.- Se rige por un Código de Etica.



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Hoebel, Adamson. "El hombre en el mundo primitivo" Ediciones Omega S.A., Barcelona, 1961.
- 2.- Chleusebairque, Alejandro. "Psicología del trabajo profesional". Editorial Labor S.A., Buenos Aires, 1954.
- 3.- Fuerst, Elinor V. y Wolf, Lu Verne. "Principios fundamentales de enfermería". Editorial Four - nier, México, 1965.
- 4.- Ugarte, José Dr. "Base estadística de la investigación médica"., 1966.

Revistas.

- 1.- "Enfermería". Organo Oficial del Colegio de Enfermeras de Chile. Año 1, Nº 2, Junio de 1966.
- 2.- "La Educación Básica de la Enfermera Profesional". Preparado por la Comisión de Educación del Consejo Internacional de Enfermeras. O.S.P., Nº 262, Abril de 1952.

Otros Documentos.

- 1.- "Profesión". (Traducción del libro "Education as a Profession" de Myron Lieberman). Escuela de Salu-
bridad, Santiago 1963.
- 2.- "Criterios sobre Profesión". (Traducción de Matilde Pezoa) Escuela de Salubridad. Stgo., 1963.
- 3.- "Criterios sobre Profesión" (Traducción de Matilde Pezoa). Esc. de Salubridad, Santiago, 1963.
- 4.- "Criterios sobre Profesión". (Traducción de Matilde Pezoa). Escuela de Salubridad. Santiago, 1963.
- 5.- Apuntes sobre Profesión". (preparado por Iris Monár-
dez Cl.), 1967.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hoebel, Adamson. "El hombre en el mundo primitivo". Ediciones Omega S.A., Barcelona, 1961.
- 2.- Chiquet, Alajandro. "Psicología del trabajo profesional". Editorial Labor S.A., Buenos Aires, 1958.
- 3.- Frenet, Elinor y Wolf, Ina. "Fundamentos de enfermería". Editorial Font y Ner, México, 1962.
- 4.- Ugarte, José M. "Bases estadísticas de la investigación médica". 1968.

Revistas

- 1.- "Enfermería". Organ Oficial del Colegio de Enfermeras de Chile. No. 2, Junio de 1968.
- 2.- "La Educación Básica de la Enfermera Profesional". Preparado por la Comisión de Educación del Consejo Internacional de Enfermeras. G.A.N. 1968. Abril de 1968.

Otros Documentos

- 1.- "Profesión". (Traducción del libro "Educación de la Profesión" de Typo Libros, S.A. de Chile, Santiago, 1962).
- 2.- "Criterios sobre Profesión". (Traducción de Matilde de Peres) Escuela de Enfermería, 1967.
- 3.- "Criterios sobre Profesión". (Traducción de Matilde de Peres) Esc. de Enfermería, Santiago, 1967.
- 4.- "Criterios sobre Profesión". (Preparado por Iris Honor de Peres) Esc. de Enfermería, Santiago, 1967.

- 6.- "Conceptos y Principios Básicos en Enfermería". (preparado por Iris Monárdez Cl., de "Education for Nursing Leadership", 1967.
- 7.- ¿Qué es Enfermería?. Notas de Enfermería. Sección Enfermería. Dirección General del Servicio Nacional de Salud, 9 de Julio de 1963.

II. - INVESTIGACIONES

1.- ...

2.- ...

3.- ...

4.- ...

5.- ...

-000-

1.- ...

2.- ...

3.- ...

4.- ...

5.- ...

6.- ...

7.- ...

8.- ...

9.- ...

10.- ...

ALGUNOS ASPECTOS PSICOLOGICOS
EN LA REHABILITACION DEL INCAPACITADO FISICO

(Segunda Parte)

Carmen Luz Sepúlveda
Psicólogo
Centro Regional de Medicina
Física y Rehabilitación
Hospital Valparaíso



II.- INSEGURIDAD DEL INCAPACITADO.

Otro aspecto de la situación psicológica del enfermo es la inseguridad, por lo que muchas áreas de su vida se caracterizan por una falta de decisión ante los acontecimientos, y por una gran incertidumbre respecto al mundo.

La inseguridad revista tres aspectos:

- 1.- Inseguridad Física.
- 2.- Inseguridad Social.
- 3.- Inseguridad Personal.

1.- Inseguridad Física. El mundo en el cual vivimos ha sido planificado para el uso de un vasto grupo de gente, relativamente normal.

Para este grupo, la Sociedad establece las condiciones físicas de vida. Una persona, físicamente normal, sabe lo que es posible e imposible en lo que se refiere a percepción, manipulación y locomoción; sabe dentro de qué límites puede realizar las labores cotidianas.

No ocurre lo mismo con los incapacitados, ya que éstos se ven enfrentados a múltiples problemas en su adaptación al mundo físico. Por lo tanto, experimentan mayor ansiedad que las personas normales, ya que a menudo tienen inseguridad en cuanto a si serán capaces de manipular y de tener las percepciones necesarias para cumplir sus propósitos.

2.- Inseguridad Social. Además de los azares de su situación física, la persona incapacitada se enfrenta con las actitudes contradictorias de las personas normales.

Se enfrenta a veces con aceptación, rechazo, simpatía, piedad, confianza, temor. Se le considera a veces capaz, otras incapaz, a veces infantil, a veces adulto. Como consecuencia la persona incapacitada está inevitablemente insegura de la recepción que tendrá por los demás e insegura en cuanto a la estabilidad de las actitudes de las personas físicamente normales.

Muchas veces el problema depresivo que tiene el paciente se debe a la actitud negativa del personal que trabaja con ellos, como también de la familia, que lo lleva a sentimientos de desvalorización y a una gran inseguridad que interfiere en el buen aprovechamiento del programa de Rehabilitación.

3.- Inseguridad Personal. Finalmente, se enfrenta con una gran inseguridad al tener que formarse una actitud consistente respecto así mismo.

Es necesario referirse aquí, a la alteración que se produce en el paciente en la imagen corporal debido a la perturbación del sistema motor.

La imagen del cuerpo, es aquella representación mental que nos formamos de nuestro propio cuerpo, es decir la forma como éste se nos aparece.

Paul Schilder, habla de esta unidad corporal, refiriéndose al esquema corporal, o bien, a la imagen corporal. La define como: " La imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo".

Es decir el juicio estimativo de la apariencia física y estética, va a engendrar en los individuos diversas conductas que van a estar en relación con el tipo de reacción emocional primaria que en él predomina, lo que contribuye secundariamente a la adopción de su modo de vida y a la formulación de su escala de valores y objetivos sociales.

Un buen conocimiento acerca de los diversos pasos por los que atraviesa en el proceso de reestructuración de su imagen corporal, va a permitir al equipo que trabaja con incapacitados físicos, comprender mejor, las reacciones emocionales exageradas que pueden aparecer como inapropiadas y ser interpretadas como anormales.

El rol que desempeña el psicólogo, en la orientación del paciente en su proceso de reestructuración, es de vital importancia, pero cabe hacer notar, que no es sólo este profesional el que debe ayudar al paciente en su mejor adaptación. Es necesaria, la colaboración de todos los miembros del equipo, ya que cada uno de ellos, dentro de su especialidad efectúa en cierto sentido una terapia.

Es por esto, que todos los miembros del equipo, deben tener siempre presente que, no sólo están tratando con un cuerpo incapacitado, sino con la imagen que este paciente tiene de su cuerpo. Deben tener en cuenta que están frente a la personalidad total del paciente, con todos sus temores, sus sentimientos de culpa, de vergüenza, es decir, están frente a los sentimientos de valor personal que posee el paciente.

Es conveniente que todo el equipo, tenga una idea clara acerca de la forma como se realiza la adaptación del sujeto a su nuevo esquema corporal, proceso que se efectúa a dos niveles.

1. Adaptación a las limitaciones reales impuestas por la incapacidad.
2. Modificación brusca de su imagen Corporal, de la concepción que él tiene de sí mismo, de las relaciones con los demás, de su trabajo, etc; de acuerdo con la naturaleza y extensión de su incapacidad.

El proceso de adaptación psicológica, puede traer al paciente, implicaciones mucho más invalidantes para su funcionamiento total como persona, que la misma incapacidad física en sí.

En la reestructuración de la imagen corporal, es frecuente que el paciente caiga en patrones de conducta infantil e inmadura, generalmente de carácter temporal. Todo el equipo debe ayudar al paciente, aceptando en forma comprensiva esa conducta, considerándola como una fase natural y transitoria de su adaptación a la incapacidad. Sin embargo, con esto no queremos significar que el paciente debe ser tratado como un niño, o adoptar una conducta protectora hacia él. Es perfectamente posible aceptar la conducta regresiva como parte de la realidad del presente en el paciente, y al mismo tiempo identificarse con los aspectos más maduros de su personalidad, que son los que deben ser reafirmados, si se pretende tener éxito en la rehabilitación.

Como se puede apreciar, el papel del psicólogo en este proceso de adaptación a la nueva imagen corporal, es de primordial importancia, no solo como ayuda directa al paciente, sino como guía para los demás especialistas del equipo.

Consideraciones Generales:

Basicamente debe existir dentro del Centro de Rehabilitación, una atmósfera o ambiente en que el paciente se vea libre y confiado para conversar los problemas que implican su incapacidad y las repercusiones que en él tienen. Es necesaria hacer comprender al paciente que sus sentimientos y opiniones son de gran importancia, como así mismo que su papel es eminentemente activo dentro de su programa de rehabilitación.

Se debe informar periódicamente al paciente, acerca de sus progresos y las causas de sus posibles retrocesos. Se ha podido informar que muchos conflictos psicológicos que se observan en el paciente, se deben a falta de información adecuada. Este punto puede cumplirse en las reuniones de re-evaluación o cuando el paciente lo solicite.

Es necesario además, efectuar con el paciente, un programa estructurado de tipo recreacional, a fin de proporcionarle experiencias y estímulos agrada-

les que rompan la monotonía que suele producirse en el medio hospitalario.

Un punto importante, es el de fomentar las salidas fuera del Hospital, cuando las condiciones del paciente lo permiten, ya que con esto se obtiene una adaptación gradual al medio ambiente.

Junto a lo anterior, es indispensable, comenzar un tipo de terapia pre-vocacional, la cual tiene múltiples ventajas:

1. Desarrollar en el paciente intereses que los distraigan de su enfermedad.
2. La formación de hábito de trabajo, es de gran importancia, ya que la inactividad, hace que los individuos pierdan la capacidad de disciplina frente al trabajo y nos podemos encontrar con problemas cuando deban empezar a trabajar, una vez salidos del Centro de Rehabilitación.
3. Por último, lo va a llevar a su rehabilitación profesional futura, que le va permitir alcanzar la meta última del programa de rehabilitación, tal es, la obtención de un empleo adecuado de acuerdo a sus capacidades e intereses, que le va a permitir convertirse en miembro útil a la Sociedad.

ALGUNOS PUNTOS DE VISTA EN TORNO

A ENFERMERIA PSIQUIATRICA



Gloria Michel M.
Enfermera Jefe
Servicio Psiquiatría
Hospital de Viña

Un intento de fundamentación del por qué y como de las funciones de Enfermería, en esta área de atención.

Enfermería, como toda disciplina al servicio de la comunidad, debe contar con una sólida base conceptual y técnica que le permita adecuarse a las circunstancias variadas y ricas que le ofrece su amplio campo de acción. Para decirlo en otras palabras, debe ser tan dinámica como la época que vive, en cada uno de los niveles que desarrolla sus funciones.

Este postulado tan obvio como elemental, sin embargo, ofrece toda la dificultad que supone el logro de un equilibrio armónico entre filosofía y acción. Para nosotros cada profesional en su área de especialización, debe plantearse principios, propósitos y objetivos que servirán de fundamentación a su actividad. Una filosofía carente de acción que la movilice es tan inoperante o inconveniente como aquella actividad sin líneas directrices, sin objetivos ni programación. Entre el quietismo y el pragmatismo estaría el modo de alcanzar una actitud profesional y creadora.

Estos han sido los planteamientos básicos que ha seguido el equipo de enfermería psiquiátrico y que hemos aplicado a las funciones que a continuación esbozamos.

I.- El rol fundamental de Enfermería Psiquiátrica es el de consejería, guía y orientación.

El Profesional de Enfermería está forma-

do en un programa básico de enseñanza y, por tanto, posee la preparación inicial necesaria para ofrecer una atención en cualquier área, pero en Psiquiatría, empleando técnicas y procedimientos generales, el énfasis debe ser puesto en las técnicas interpersonales. La entrevista, la charla, las reuniones, la discusión y conducción de grupos, son instrumentos que deben ser usados permanentemente.

Para el paciente, la familia y aún para el personal, la angustia y tensión son elementos más o menos constantes y con las técnicas antes indicadas se lograría un manejo adecuado de estos estados.

Por otro lado, implícitamente, en estas funciones se está planteando el rol psicoterapéutico de la Enfermera/o. Cualquier alcance que se haga al respecto, podrá aparecer como pretencioso, pero es básico el intento de procurar un entendimiento comprensivo y analítico de la conducta del paciente en lugar de un acercamiento mecánico e impersonal, en que no opera una comunicación humana ni terapéutica.

Enfermería psiquiátrica no sólo debe conceptualizar este rol, sino además lograr que la relación paciente-enfermero/a logre una forma y profundidad definitiva. El énfasis de Enfermería Psiquiátrica entonces, debe ser puesto en la consejería o rol psicoterapéutico, postulado que está basado en el supuesto de las dificultades de vida que conducen a la enfermedad mental, están sujetos a investigación y análisis por parte del paciente con la ayuda de profesionales que le presten una atención idónea, en el caso de Enfermería, la psicoterapia superficial a través de las técnicas antes enumeradas.

II.- El enfermero psiquiátrico debe procurar un ambiente terapéutico.

Este "deber" no significa necesariamente que sea el profesional quien tenga un **quehacer determinado**, pero en cambio le corresponden las funciones de motivar al personal y a los pacientes a realizar las ac

ciones tendientes a lograr, no sólo un ambiente físico adecuado -limpio, grato, acogedor- sino además de coor-
dinar las medidas, derivadas de sus diversas funciones, que permiten agregar a este ambiente, un grupo de trabajo en que el grado de tensión sea mínimo, en que se eliminen las prácticas incorrectas que, a fuerza de repetirlas, se transforman en una actitud generalizada, y que por tanto no se corrigen. Trabajo no planificado, ruidos molestos, rutinas poco adecuadas, labores rutinizadas, lentitud en resolver situaciones conflictivas, dirección autocrática que yugula la iniciativa o a la inversa, una política de "laiser faire", y otros, son algunos de los aspectos que deben ser tomados también como elementos importantes dentro del ambiente de trabajo y que el profesional de Enfermería debe resolver en el diario desarrollo de sus funciones y en la medida que se le permitan sus responsabilidades, usando los canales normales de comunicación y los recursos administrativos pertinentes (reuniones, informaciones fieles y oportunas, planteamiento de proyectos de solución, etc.

III.- Enfermería Psiquiátrica debe ser creadora.

Dentro de cada área de especialización es conveniente que existan algunas rutinas de trabajo que permitan mayor expedición a los miembros del equipo. Una cantidad de rutina siempre es necesaria, pero no debe abarcarlo todo y ésta mal entendida lealtad hacia algunas actividades, fijas y obsesivas, hace que se olviden funciones más ricas y que aparecen como más difíciles.

Algunas acciones llamadas actualmente "custodiales", o "rutinas domésticas" como alimentar, vestir, asear, etc., ocupan una parte importante del tiempo de Enfermería; estas labores deben seguir realizándose, pero se les puede otorgar una valoración diferente al usarlas como un medio para establecer una relación terapéuticamente útil, además de su objetivo intrínseco.

A diario la Enfermera/o especialista en

Psiquiatría, debe aprovechar las oportunidades que le permitan definir y redefinir las limitaciones de la realidad a personas que dependen, en un grado importante del personal. Aún otros roles y sub-roles (técnico, de administrador, educador, socializante, etc.) deben ser empleados para desarrollar y usar la iniciativa propia y del resto del equipo de Enfermería, en la búsqueda y aplicación de nuevos procedimientos que enriquezcan la atención del paciente psiquiátrico.

IV.- Enfermería Psiquiátrica debe ser integradora.

La persona que es portadora de una afección mental, junto con presentar determinada sintomatología, es un ser que conserva indemne una parte importante de su personalidad. Enfermería psiquiátrica, junto con satisfacer las necesidades de un organismo enfermo, debe estimular la parte sana del individuo. Los intereses espirituales, las capacidades intelectuales, las aptitudes físicas, condiciones laborales, experiencias de vida y otras potencialidades humanas, deben ser aprovechadas adecuadamente, de acuerdo a los requerimientos personales.

Las actividades de terapia ocupacional: laborales, de juego, sociales, de aprendizaje, etc., brindan la oportunidad de integrar de algún modo, las condiciones mentales y físicas de los enfermos.

El paciente es un ser que vive en un mundo que le ofrece variadas oportunidades y despierta en él variados intereses. En rigor, una afección mental no produce una obliteración total de esta condición vital y es importante estimular, motivar y facilitar todas las expresiones existenciales, usando los medios habituales en un ambiente corriente: trabajo, reposo, diversión, deportes, etc., labor que el equipo de enfermería puede asumir por su íntima relación con los pacientes.

V.- Enfermería psiquiátrica presta atención a individuos que pertenecen a una familia y una comunidad.

Los enfermos psiquiátricos como la gran mayoría de las personas que reciben atención de Enfermería, son seres que pertenecen a un núcleo familiar y a una agrupación social. No se puede pues, aislar al individuo de ese medio al que influye y por el cual es influenciado. El profesional de Enfermería para dar una atención adecuada debe considerar también este aspecto. Para ofrecer un tratamiento útil es necesario integrar a la familia al plan de atención, hecho que inevitablemente beneficiará al paciente. Entrevistas planeadas periódicamente, charlas a grupos de familiares, son las técnicas usadas habitualmente para el logro de este objetivo. Idealmente nos hemos propuesto, sin lograrlo, la realización de visitas domiciliarias de control y educación.

Desde otro punto de vista, la sociedad tiene una responsabilidad en la salud de sus miembros, la que delega en las instituciones de salud. Esta correlación en el origen y curso de las instituciones que prestan servicios, hace más evidente la necesidad de utilizar los grupos y organizaciones comunitarias, en la obtención de determinados logros en la atención de problemas de salud mental. Los grupos de ayuda (voluntarios) a diversos niveles, son una medida eficaz en la solución de ciertos aspectos que las prestaciones estatales no alcanzan a cubrir. Como toda actividad, la del voluntario debe ser programada, tener objetivos precisos y asesoramiento técnico adecuado que impida la frustración del grupo, dualidad de acciones o aplicación de procedimientos erróneos.

Enfermería psiquiátrica siempre debe considerarse en un engaste interdisciplinario en que se conjugan funciones dependientes e interdependientes, pero hemos señalado aquí algunas de las que son de responsabilidad primordial del profesional de Enfermería. No creemos ser originales al plantear estas ideas, estas líneas son sólo un intento de sistematizar aquellos que hiciera más comprensible la actuación del Enfermero especialista en Psiquiatría, que en ocasiones aparece en una nebulosa.

Los sistemas patológicos como las gran
mayoría de las personas que reciben atención de enfermería
las, son seres que pertenecen a un núcleo familiar y a
una estructura social. No se puede pensar en el individuo
alguno de sus medios al que influya y por el cual se
determina. El profesional de enfermería debe dar una
atención adecuada debe considerar también este aspecto.
Para ofrecer un tratamiento útil es necesario intervenir
a la familia al plan de atención, hecho que inevitable-
mente beneficiará al paciente. Entre estas planes de
atención, cabe dar a grupos de familias, con las
técnicas usadas habitualmente para el logro de este
objetivo. Idealmente nos hemos propuesto, sin embargo,
la realización de visitas domiciliarias de control y
educación.

Desde otro punto de vista, la sociedad tiene
sus responsabilidades en la salud de sus miembros, las que
deben ser las instituciones de salud. Esta correlación
en el origen y curso de las instituciones que prestan
servicios, hace más evidente la necesidad de utilizar
los grupos y organizaciones comunitarias, en la obtención
de determinados logros en la atención de problemas
de salud mental. Los grupos de ayuda (voluntarios) a di-
versos niveles, son una medida eficaz en la solución de
ciertos aspectos que las instituciones estatales no
pueden cubrir. Como toda actividad, la del voluntario
debe ser organizada, tener objetivos precisos y ser
normalmente técnica adecuada que facilite la interacción
del grupo, calidad de acciones o aplicación de procedi-
mientos específicos.

Enfermería pediátrica siempre debe con-
tar con un equipo interdisciplinario en que se conju-
gan funciones dependientes e interdependientes, pero no
se debe olvidar algunas de las que son de responsabi-
lidad profesional del profesional de enfermería. No crea-
mos ser originales al plantear estas ideas, estas se
han sido un intento de sistematizar ideas que
históricamente han acompañado la atención del enfermo en
pediatría en pediatría, que en ocasiones aparece en
una nebulosa.

En nuestro medio, el grado de realización
de estas funciones se hace a diversos niveles y es la
labor del equipo el logro pleno de estos planteamientos,
y así como la filosofía es la fuente de donde emanan
objetivos, roles y funciones profesionales, es la actua-
ción del profesional la que da la medida en que se apli-
ca su sistema de valores, y por ende, la atención de En-
fermería que reciben nuestros pacientes establece el ma-
yor éxito de nuestros propósitos.

-000-

EL PROBLEMA MEDICO ANTROPOLOGICO DEL
ENFERMO CRONICO



Dr. Luis Weinstein
Departamento de Estudios
Antropológicos, Escuela
de Salubridad.

II Parte.

Una discusión sobre ésta concepción de la medicina de arraigo entre nosotros, puede abrirnos camino para el enfoque del problema antropológico del enfermo crónico.

La medicina integral propende a una referencia conjunta a no distinguir, se dice corrientemente, entre varios planos de acción y distintas áreas de trabajo de la medicina. Se "integran" la prevención, la recuperación y la rehabilitación; la consideración de lo físico y la relativa a lo psíquico; los alcances al individuo, su familia, su grupo, institución o comunidad. Muchos son los alcances de este concepto pero nos quedamos con este núcleo esencial.

El enfermo crónico, visto en sentido integral, es un enfermo de igual rango que el agudo. Hay que pensar en recuperarlo, en rehabilitarlo, en prevenirle nuevos problemas a él, su familia o la comunidad. Debe considerarse su dolencia física, y al mismo tiempo la repercusión de ella en el mundo vivencial del enfermo. Analizada "culturalmente" la actitud general del médico, es fácil llegar a la conclusión de que en general estos postulados no se cumplen en la realidad actual.

El enfermo crónico tiende, en alguna forma, a recibir sólo atención de emergencia, en los momentos críticos, atención en cuanto tiene algo agudo de su enfermedad. Si hay atención hacia detalles de enfermería, de rehabilitación o psicológicos, ellos son de preferencia de la incumbencia de una enfermera u otro profesional.

En un estudio que hicimos de psicología so

cial, cultura y salud mental, en una cuadra de cuarenta y siete familias, en el barrio de Quinta Normal, nos llamó la atención el caso sorprendente de una enferma afásica y hemipléjica de 74 años que vivía hacia 10 en una casa de dos piezas cuidada por su hija y yerno, posada en cama, sin una sola escara y en interacción con el ambiente a pesar de su problema de comunicación. El matrimonio la había puesto bajo control médico a partir de su accidente vascular, teniéndola primero en el Hospital y luego con cuidados de enfermería en la casa. A los tres meses, habían renunciado a toda relación con el equipo médico, porque por irregularidad de atención la enferma mostraba escaras, las condiciones higiénicas, y descontento general con los tratantes. Al momento de verla nosotros, la enferma se encontraba en envidiables condiciones, sin embargo, la hija mostraba las características de una neurosis de angustia prolongada y una hipertensión lábil, asociadas significativamente a la convivencia con la madre.

El conyúge, muy comprensivo aparentemente, tenía una resistencia de fondo contra la situación, que explicaba un problema de impotencia presente en los últimos años. Es decir, existían dos enfermedades "familiares", asociadas a una enfermedad crónica sustraída del control médico a consecuencia de la inoperancia del mismo.

Una de las causas del rechazo del médico a una consideración sostenida del enfermo crónico, a su visión integral, es la falta de entrenamiento en la consideración de los problemas de equipo. Una supervisión adecuada del aspecto de enfermería de este problema habría permitido que se mantuviera la relación de la familia con el Servicio Médico. Esta falta de vinculación con las tareas aludidas dice relación con la ausencia de un hilo conductor necesario para todos los planos de la actividad del médico.

Se le pide al médico interés en los detalles de la enfermería, en un rol de los familiares, en la visión del mundo del enfermo. Es fácil que el médico se

desorientado, natural que el interés en estas áreas no se equipare al que desarrolla el trato con el enfermo mismo, en plena evolución, en que la acción del médico es perfectamente palpable.

Las consideraciones sobre la "integridad" de la medicina no pueden dejar de considerar que en su relación habitual con el enfermo "en movimiento", en evolución, al que puede influenciar visiblemente, el médico logra escapar de uno de los problemas que más interesa a la antropología filosófica contemporánea, el de la alienación. La mayor parte de las actividades del hombre llevan a una sensación de vacío, de entañamiento con lo que se hace, y los resultados de lo que se hace,

Se conoce la alienación del obrero, el empleado y la mayor parte de las personas de la sociedad contemporánea. Fromm ha destacado con razón que la actividad del médico no está alienada. Se refiere, sin embargo, a la actividad que el médico siente como productiva, a la que en general no pertenece al trabajo con enfermos crónicos ni lo referente a relaciones interpersonales.

Vista la enferma hemipléjica, como lo fué por nosotros, en su propia casa, no podría dejar de parecer como sumamente interesante la actitud de su hija y yerno con respecto a ella. Eran parte lógica integrante de la semiología del cuadro. Del mismo modo, el obtener el concurso de una buena auxiliar de enfermería que reemplazara parcialmente a la hija en las labores de rutina con la madre, emergía como tarea médica sumamente motivante. La relación de ese trabajo de enfermería con una buena evolución del estado nervioso y las relaciones sexuales de la pareja, se destacaba como muy nítida.

Buscábamos un hilo conductor, algo que permitiera una operancia mayor de las nociones de medicina integral. Un primer elemento en ese sentido está dado por el reconocimiento explícito de la dificultad de la tarea. El médico "gana" en ciertos aspectos de la medicina una sensación de productividad, de no alienación,

que no se ve con facilidad en otros, aunque existan potencialmente como lo ha demostrado el ejemplo anterior.

Ese elemento central podría ser la plena valorización del concepto de creatividad. ¿Para qué quiere prevenir o recuperar una enfermedad el médico, el equipo tratante, la sociedad?. Los nexos que unen a las personas son de una naturaleza tan primaria que no cabe esperar una respuesta cabal ni siquiera la plena explicitación de la pregunta. Se funda en última instancia, este interés, en una certeza de identificación, de sentido común de todas las vidas. Sobre esto viene, naturalmente, la sobre estructura de consideraciones sobre la importancia de la salud para la economía, y otras. Este interés en la salud se da de inmediato como una percepción de un estado de las cosas en movimiento. Se quiere que la persona se "realice"; la salud se expresa en un hacer las cosas de cierta manera y, simultáneamente, en "incontinuar haciéndola". Vistas las cosas así, las limitaciones del enfermo crónico no tienen por qué ser entendidas en forma diferente que en marco general que limita a cualquiera persona para realizarse. El enfermo crónico y el médico frente al enfermo crónico enfrentan la gran tarea de la creatividad. En la medida que el médico tiene tropiezos para extender el área en que no se siente alienado en medicina, con tedio ante el síntoma del crónico o sensación de no familiaridad en el contacto estrecho con el equipo tratante o los familiares de este, está mostrando limitaciones en su creatividad.

La medicina integral presupone un alto grado de creatividad. El médico se siente limitado en la medida en que se identifica exclusivamente con aquella parte de la medicina que busca aprehender conocimientos, captar lo que ya está, la parte científica, el saber que existe una hemiplejía o una afasia, y no simultáneamente con la parte artística, que coge lo nuevo, original de cada hemipléjico-afásico, el camino propio de la realización para él, la relación particular que el médico ha establecido con ese enfermo determinado.

La creatividad está asociada a la capacidad

de tolerar e interesarse en situaciones poco estructuradas, vagas. Una gran parte de las consultas de los enfermos crónicos corresponden a síntomas poco discernibles, el dolor migratorio, la vaga sensación de tensión, el sentirse deprimido o disminuído. En la medida que el médico tiene potenciales creativos, puede asimilar estas referencias, no sentirse alienado frente a ella, y señalar un camino creador.

Intentando esquematizar, sistematizar, imbricando las nociones expuestas, podríamos sugerir la siguiente vía de estímulo al acercamiento médico al enfoque antropológico del enfermo crónico.

- 1.- Cualquiera relación postulable debe enmarcarse en una forma cultural existente. Se estima que la corriente de ideas "humanistas" de medicina integral puede ser una base para la introducción de lo antropológico en medicina.
- 2.- El trato con lo antropológico presupone una formación en las ciencias antropológicas y en la filosofía, al mismo tiempo que una relación vivencial humanista con la medicina.
- 3.- El cambio de un médico de una relación exclusiva con una medicina en la que se siente directamente operante, no alienado, a una medicina integral, en que su relación con los fenómenos con que trabaja no es tan directa ni le es familiar, debe ser estimulada con consideración tanto de las necesidades de los enfermos, como de las limitaciones propias del médico.
- 4.- Dentro del interés por conocer del médico en relación al enfermo crónico, una mayor amplitud en su visión se alcanza mediante su estudio de los problemas antropológicos culturales del enfermo, y un ahondamiento antropológico filosófico en las bases de su intervención con respecto al enfermo.
- 5.- El riesgo de que el médico no tenga facilidad para

imaginar caminos más allá de la rutina y que minimice lo poco preciso que encuentre en los síntomas del enfermo crónico, pueden contrarrestarse por un énfasis generalizado, cultural, en la formación y ejercicio médico, en la creatividad, uno de los pilares de la atención médica integral y su consideración antropológica.



-000-

Revista ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON
PERITONEO DIALISIS

Benita Díaz Lagos
Enfermera

El presente trabajo se ha realizado en base a la experiencia adquirida en la Sala de Tratamiento Intensivo del Hospital Enrique Deformes de Valparaíso.

Se entiende por peritoneo diálisis el intercambio de líquidos o sustancias de diferente concentración a través de una membrana semi-permeable. En este caso la membrana semi permeable es el peritoneo más específicamente la membrana de los capilares sanguíneos que existen en él (de debe recordar que la superficie del peritoneo es alrededor de 22000 cm²) y las sustancias son, por un lado la sangre contenida en las capilares y por otra parte la solución electrolítica que se introduce al peritoneo.

El paso se produce de la sustancia de mayor a menor concentración.

Este principio es importante recordarlo.

Existen varias causas o enfermedades que en un momento dado llevan a esta indicación y ellas son:

1º.- Problemas Renales agudos por:

- a) Septicotoxemia perfringers
- b) Accidentes hemolíticos (incompatibilidad sanguínea).
- c) Shock prolongado.
- d) Traumatismo.
- e) Quemaduras.
- f) Sepsis a cualquier germen.
- g) Pancreatitis aguda.
- h) Loxocelismo.

2º.- Insuficiencia Renal Crónica.

3º.- Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

4º.- Desequilibrio hidro-electrolítico.

5º.- Intoxicación de barbitúricos.

La insuficiencia renal se dice que es aguda cuando solo está comprometido el túbulo de la unidad renal y crónica cuando hay destrucción de glomérulos.

En la insuficiencia renal se produce elevación de la uremia, potasemia, acidosis y retención de agua. La Dialisis Peritoneal tiene por objeto solucionar estas alteraciones capaces de llevar a la muerte al enfermo, creando las condiciones para permitir la recuperación del daño renal existente.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

1º.- Recepción del Paciente.

- a) Al ingreso del enfermo hay que recibirlo viendo sus condiciones físicas y psíquicas anotando en forma lo más completa en hoja de Enfermería.
- b) Colocar ropa del servicio.
- c) Realizar inventario de todo lo que trae el enfermo, retirándole las joyas.
- d) Control signos vegetativos (pulso, presión y temperatura axilar).
- e) Control de peso.
- f) Recibir documentación completa del enfermo.
- g) Informar a familiares (tanto lo referente al enfermo como a reglamentos del servicio). Este primer contacto es importantísimo y se debe repetir a lo largo de la estada del enfermo en el Servicio.
- h) Tomar los siguientes exámenes: uremia, glicemia, hemograma, sedimentación, electrolitograma, pruebas hepáticas, protrombinemia, clasificación sanguínea, proteinemia, orina aséptica (completo, sedimento, urocultivo, antibiograma) y en algunos casos electrocardiograma. El procedimiento se realiza exactamente como un acto quirúrgico formal, por lo tanto, es preciso seguir una rigurosa técnica aséptica.

22.- Preparación del paciente para efectuar procedimiento de peritoneo dialisis.

- a) Preparación psíquica del paciente, siempre que esté en condiciones de escuchar y entender.
Se le debe explicar en forma lo más clara posible que es lo que se va a hacer y a la vez tratar de responder dudas y tranquilizarlo.
- b) Limpieza región abdominal con agua y jabón sani germin.
- c) ase curar si es necesario.
- d) Pin celación de región abdominal con yodo.
- e) Colocar mascarilla al paciente en el momento de de iniciar el procedimiento.

30.- Preparación del equipo.

<u>Material Estéril</u>	<u>Material no esté- ril.</u>
- Paquete de ropa con de lantal 1, 1 sábana, 2 paños clínicos y 1 paño perforado abierto.	- Tela adhesiva. - Frasco con yodo.
- Bandeja de desnudación con 1 bisturí, 1 porta aguja, agujas de sutura, 1 tijera, hilo de sutura, jeringa para novocaína, cápsula de porcelana, 1 pinza ana tómica y 1 quirúrgica.	- Novocaína (lidocaína o procaína). - Heparina. - Cloruro de Z en am- pollas.
- Bandeja de punción ascítica.	- 3-4 pinzas Kocher, Ke- lly o Finochietto, con la punta revestida con material plástico.
- Catéteres intraperito- neales.	- 1 riñón (para ser fla- meado). - 1 Cápsula.
- Guantes.	- 1 Hisopo para pincelar
- Frasco con mollla para introducir terminal del equipo descartable.	- Soporte para colgar so- lución.

Material Estéril

Material No Estéril

- Frasco graduado para recibir drenaje. - Limas.

41.- Técnica Diálisis Peritoneal.

- a) Paciente con mascarilla.
 - b) Anestésico local con novocaína o lidocaína en la región elegida por el médico que puede ser en todo el hemi-abdomen izquierdo, pero generalmente se utiliza en la unión del tercio superior con los inferiores de la línea que va del ombligo al pubis.
 - c) Cuando la región está anestesiada el médico realiza una pequeña incisión con el bisturí y a continuación introduce trócar de paracente - sis. En este momento hay que ayudar al paciente para que ponga en tensión el abdomen con el objeto de que el trócar rompa la piel y pe - ritoneo.
 - d) Enfermera conecta el equipo descartable con las soluciones electrolíticas, previamente ca - lentadas a baño maría, a una temperatura de 37º Celcius, dejándolo instalado en el sopor - to.
 - e) Una vez colocado el trócar, el médico lo reti - ra dejando la camisa y a través de ella intro - duce cateter intra-peritoneal. Luego coloca en el extremo una conexión de plástico.
 - f) En el extremo que queda libre de la conexión se coloca uno de los extremos del equipo des - cartable y se abre el circuito dejando que la solución electrolítica entre el peritoneo. La cantidad introducida depende de la condición del paciente, pero generalmente en los adultos se emplean 2000 cc. Esta cantidad debe entrar entre 8 a 15 minutos.
- 42.- Una vez que terminan de pasar las solucio - nes, se cierra el circuito con pinzas revesti - das de plástico. La solución permanece dentro de la cavidad durante una hora.

- g) Comprobado que el drenaje es satisfactorio el médico coloca sutura de hilo alrededor del extremo del cateter intra-peritoneal y termina con curación plana dejando bien firme con tela adhesiva.
- h) Los recambios se hacen sucesivos y pueden ser 24 horas continuadas o sólo durante las horas diurnas. El número de recambios diarios y total dependen de la evolución del enfermo. La salida de la solución electrolítica del abdomen debe demorar 20 minutos.
- i) Ante cualquier alteración en el tiempo de entrada o salida de la solución se procederá a movilizar al paciente, se colocará de lado, se levantará la cabecera, se dirá al paciente que coloque tenso el abdomen, se comprimirá en forma manual la región abdominal, etc. y catéter, éste último girándolo introduciendolo o sacándolo un poco. Al no tener buen resultado, avisar al médico tratante.
- j) A la suspensión momentánea de recambio se pinza plástico de conexión, se enyoda y se corta a unos 10 cm. del terminal del equipo descartable, se envuelve con gasa estéril, se coloca sobre el abdomen y se cubre con apósitos estériles.
- k) Al iniciar nuevamente procedimiento, habiendo preparado previamente el circuito, se descubre curación superficial, se coloca yodo en el punto de unión de la conexión plástica con el equipo descartable y se procede a unir el nuevo equipo con conexión. Se efectúa con mascarilla y guantes estériles.
- l) Al término de la diálisis peritoneal, el médico retira catéter, lo introduce en tubo estéril y lo envía a laboratorio para examen (cultivo).
- m) Durante el período que dure el procedimiento y si las condiciones del enfermo lo permiten se puede alimentar por vía oral.

5º.- Posibles Complicaciones de la Diálisis Peritoneal.

- a) Molestias abdominales (dolor).
- b) Infección.

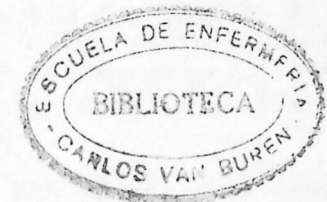
- c) Sangramiento.
- d) Shock hipovolémico (exceso de suero hipertónico o pérdidas de proteínas plasmáticas).

6º.- Registro de la Evolución del Paciente.

- a) Anotaciones en Hoja de Enfermería, donde debe ir:
 - Ingreso del paciente.
 - Preparación del paciente para el procedimiento
 - Iniciación de la diálisis.
 - Estado del paciente durante la diálisis.
 - Término del procedimiento.

- b) Hoja de recambio donde van anotados en forma correlativa: horas de entrada y salida de soluciones, tiempo que demoran las cantidades eliminadas, etc.

Posteriormente el paciente debe ser observado siguiendo el mismo criterio que para cualquier paciente intervenido.



-000-

EN TORNO A LA ESCULTURA FRANCESA
CONTEMPORANEA.

Mario Naudon de la Sotta

Ante las recientes creaciones realizadas en el campo de la escultura francesa, portentosas algunas, desconcertantes las más, pero todas testimonio violento de un agudo afán de renovación y de rompimiento con los moldes tradicionales y que cayeron, por azar, entre mis manos, bajo formas de hermosas fotografías, vuela mi recuerdo, por contraste, a la obra de aquellos dos geniales maestros que desaparecieron casi conjuntamente, en lutando con hondo dolor a la escultura de Francia en me nos de un lustro. Me refiero a las egregias figuras de Aristide Maillol y Charles Despiau, muertos, respectivamente, en 1944 y 1946, representantes ambos de un equilibrado neoclasicismo, dirección hacia la que parecen convergir sus obras, por lo cual se asemejan, pero dife rentes por el sello personalísimo de cada creador.

Ocupando la creación escultórica de ambos un lugar preponderante dentro de la escultura universal y habiendo desaparecido ambos demasiado prematuramente pa ra ver su obra acabada, no se puede menos que asociar - los en este lejano recuerdo.

Por razones tal vez ajenas a la estética, no ha sido posible, desde hace varios años, confrontar las diferentes corrientes de la escultura francesa: hay nue vas tendencias que se han afirmado y confusiones que se han extendido. Pero, en ningún caso, el arte de Despiau justifica los sarcasmos con que se abrumba a una esculptura que ha permanecido fiel, casi funcionalmente, a la representación de la figura humana. Como A. Maillol, Ch. Despiau, no tiene nada de común con una escuela académica, que ha llegado al límite extremo del convencionalismo y al anquilosamiento. Conviene, a este propósito, recordar la formación de este artista, humilde alumno de la escuela de artes decorativas, que llamó un día la atención del gran Rodin y para llegar a ser más tarde su discípulo predilecto. Como en Maillol, las cuali-

dades artesanales y manuales son primordiales en Despiou. Pero la concepción de la escultura difiere fundamentalmente en ambos artistas. Maillol lleva el mundo de su creación a las formas elementales, esenciales en la plenitud de la criatura como tal. Despiou, en cambio, respeta profundamente la individualidad de cada ser humano. Analista y moralista, Despiou ha encontrado en los rostros los temas más nobles de la inspiración.

Es curioso que al término de una vida magníficamente poblada de tranquilas pero voluptuosas estatuas, se haya visto a Maillol, nuevo Pigmalión, emprender una admirable figura animada, mientras que Despiou, que fué, por el contrario, durante largo tiempo, el intérprete de tanta gracia e inteligencia, muera junto a su grandioso Apolo inconcluso, en el cual trabajaba desde hacía 10 años, aplicándose a dejar en él los caracteres del hombre transfigurados en ideal belleza.

Es incuestionable que la desaparición tan cercana de Maillol y Despiou señala la conclusión de una de las grandes épocas de la escultura francesa. Sería insuficiente contar con las prolongaciones que alumnos y discípulos continúan dando, durante algún tiempo, a tales mensajes. Sería aún más absurdo renegar un arte ya cumplido y esperarlo todo de una ruptura violenta. La escultura es, especialmente, un arte de continuidad. Observémosla, justamente, ahora que la escultura francesa se nos presenta en ciclo ya cerrado.

Con las estatuas de Maillol, el observador se siente transportado en un mundo de certidumbre, cogido por la simplicidad y la calma de una presencia. Maillol ha muerto hace 13 años, pero su obra ha tomado la juventud de las viejas obras maestras. Ella otorga un precioso elemento de juicio sobre las más recientes tentativas que la rodean, tanto en el dominio de la pintura como en el de la escultura. La escultura no es, en efecto, como se ha creído tan a menudo, un arte menos revolucionario que la pintura, pero sus leyes son más severas y sus medios tan rigurosos, que constituye, en suma, un regulador que permite juzgar lo posible y lo

durable. Por ello mismo, los problemas de la inspiración directa y de la abstracción se plantean, a propósito de la escultura, con una precisión que permite determinar fácilmente los límites entre los cuales se desarrolla el arte verdadero. En este aspecto, Maillol da un ejemplo muy útil.

En cuanto al academismo, la frontera es fácil de trazar, tanto más cuanto que el academismo en escultura ha quedado como un peligro virulento y vivaz. Mientras que los pintores académicos llevan una existencia mediocre, los malos escultores continúan llamando la atención del público y pervirtiendo su gusto. Es muy evidente, sin embargo, que sus preocupaciones por la exactitud del detalle, del gesto expresivo o aún de la estilización grosera no tienen nada de común con la búsqueda de la verdad que debe ser la escultura. Arte estático que debe, sin embargo, comunicar vida, la escultura encierra un cierto volumen de fuerzas contenidas, así como reproduce todas las etapas sucesivas del movimiento en una actitud creadora. Hay, ciertamente, tantas soluciones posibles como verdaderos temperamentos existen: un Rodin será más expresivo, un Maillon más sensual, un Despiau más sensible y más tierno, tal otro más hierárquico, pero el principio es uno mismo: un igual dinamismo anima a esas formas atormentadas.

En cuanto a las abstracción, es tal vez más difícil trazar su frontera. La operación de elección y de síntesis que acabamos de describir es un trabajo de abstracción que puede ser llevado muy lejos, a condición que esté alimentado por observaciones de la naturaleza. A este respecto, la obra de Maillol, aunque fiel a la representación humana, es una creación casi perfecta en sus límites intencionadamente modestos. Algunos han creído, sin embargo, que sería más fructuoso partir directamente de construcciones abstractas para expresar en seguida ritmos o símbolos de vida. Así, algunos cubistas, siguiendo a Juan Gris, querían no ya esquematizar la naturaleza, sino encontrar en los esquemas abstractos rasgos de la naturaleza. En realidad, el propio Juan Gris era muy fiel al detalle característico de lo

real. En escultura, más aun que en cualquier otro arte, es imposible abandonar el contacto con el ser humano.

Tras esta somera mirada a la escultura francesa contemporánea, las obras de Maillol y Despiau se nos presentan libres de toda impotencia o inhibición, como experiencias humanas cumplidas. Razón de más para deplorar su desaparecimiento, que no encuentra otro consuelo que el de saber que maestros franceses, como Yancesse, Lamourdedieu, Conturies, Gimmel, Henri Laurens y tantos otros, colocan, con sus obras, a la escultura francesa contemporánea, en un lugar destacadísimo, tanto por su belleza como por la variedad de los estilos que representan; tanto por su hondo contenido humano como por la riqueza y complejidad de los materiales que usan.



-000-

María Irene Wilke V.
2º Año de Enfermería

Desde épocas remotas, el mar ejerció en la humanidad la atracción de lo desconocido, nutriendo la fantasía con mitos y leyendas que la audacia del hombre fué despejando al correr del tiempo, hasta colocarlo en el plano actual de realidades y de realizaciones.

Cuando el imperio romano se expandía con sus conquistas territoriales, fijaba el límite de seguridad del mundo conocido, no más allá del actual Estrecho de Gibraltar; y, aún cuando los Vikingos ya habían emprendido anteriormente la aventura de arribar a las costas de América, la sensación de misterio y de peligro frente al mar persistió hasta la hazaña del gran visionario Cristobal Colón. De allí en adelante, la vasta superficie del océano se transformó en un aliado del hombre occidental. Sin embargo, las profundidades del mar continuaron siendo hostiles limitando las posibilidades de acceso a sus riquezas.

El ingenio del hombre transformó los primitivos métodos de pesca creando una técnica que facilitó la extracción de las diversas especies, con menores riesgos; pero el conocimiento del mar en todo lo que podía ofrecer como fuente de alimentación, quedaba limitado a las propias posibilidades de investigación del hombre. A medida que la expansión demográfica exigía mayores posibilidades de alimentación, la ciencia comenzó a tomar parte activa en la exploración submarina y creó elementos más avanzados para el estudio de la fauna y de la flora del mar. En esta forma y por estas circunstancias, desde los primitivos métodos de pesca y de inmersión, se llegó primero a la escafa - dra; después al batiscafo y finalmente a los sistemas de radar y ecosonda para la localización de los cardúmenes. La creciente demanda de recursos alimenticios, tanto por crecimiento de la población, como por disminución de productos de la agricultura y especialmente de la ganadería, como se observa en esta época, con el



-001-006-

consiguiente déficit de factores minerales y de otra índole en nuestra alimentación, hizo presente la necesidad de considerar los productos del mar con mayor interés, no solamente en su estado fresco, sino también por medio de su industrialización, representada hasta ahora solamente por el sistema de conservas y de pescado seco.

Los resultados obtenidos por otros países en esta materia, abrieron también para el nuestro otras posibilidades para el mejor aprovechamiento de su dilatada costa, y de un mar abundante en variadas especies.

Esta experiencia hizo que en Chile se comenzara con la industria de la harina de pescado, obtenida de las especies no aprovechables para el abastecimiento de pescado fresco. Si bien, este producto está destinado de preferencia al forraje para animales, otros países, con déficit de proteínas en su alimentación, lo incorporan también al consumo humano, especialmente en la harina para pan.

Además del consumo de las especies marinas en estado fresco o en conservas se está produciendo ahora en nuestro país la cocina de pescado en diversas formas, que contiene, según los análisis de laboratorios, importantes elementos, como calcio, fósforo, sodio y potasio, habiéndose logrado disminuir notablemente el sabor a pescado y con mucha semejanza al gusto de la cocina de cerdo al agregarse un pequeño porcentaje de tocino. Además, se presume que disminuye en el organismo humano la posibilidad de acumulación de colesterol, originado por el consumo de grasas animales.

Finalmente, debe mencionarse el aprovechamiento de las algas en sus diversas variedades, lo que en otros países ha dado origen a industrias de extracción racionalizada, técnica y científicamente, para evitar la destrucción de las plantas. Se sabe que en tales países las algas se utilizan no sólo para productos medicinales y otros usos industriales, lográndose sustituir la harina de pan de cereales, aparte de otras formas de alimentación.

En Chile no se ha llegado todavía a esta etapa de utilización, limitándose su consumo en forma de luche y cochayuyo, y exportando algunas variedades. Sin embargo, se está fabricando la mermelada de algas, en la que se ha reemplazado el sabor de cochayuyo, por un gusto a mermelada de fruta. El producto conserva, según se asegura, sus condiciones naturales y su contenido de yodo, además de la energía que proporciona el azúcar con la cual se endulza. Los niños, reacios en su mayoría al consumo de cochayuyo, pueden aceptarlo en esta forma con mayor agrado.

Como podemos deducir, el mar constituye una fuente de grandes recursos. Se sabe que existen en él, importantes reservas de diversos minerales, y hay posibilidad de abastecimiento de agua potable para un tiempo no lejano.

Pero es más importante la tranquilidad de poder contar en nuestro futuro con otra solución para el problema alimenticio que ya está afrontando la humanidad.

-000-

Eliana Sandoval S.
2º Año de Enfermería

Desde lo más profundo
de mi oculta fuente
quiero dejar caer,
como pesada lluvia
trémula y refrescante,
una palabra mía,
pues si sembraste rosas
y cosechaste espinas
borrar quiero las huellas
que en tu alma dejaron.

Cuando mi barco iba
por entre las tinieblas,
entre rocas y olas
de un mar bravío,
fuiste el faro
que me abrió el camino,
y me hiciste volver
de la muerte a la vida.

Corriste de mi mano
por entre los trigales,
quitaste las espinas
de mi rudo destino.

Me entregaste las llaves
de las puertas del cielo,
y me diste las armas
para ganar la batalla.

Cubriste de flores
donde mi pie pisaba,
y dejaste que el viento
expandiera su aroma.

Si me sentí a veces
frágil y desvalida,
me tendiste los brazos
y me diste tu fuerza.

¡Que dulce era dormirse
perdida en tu regazo!,
soñar en el mañana
teniéndote a mi lado.

Mi alma se fué forjando
a la par con la tuya,
llena de tu ternura
y de amor por las cosas.

Tu misión fué divina
y a la vez muy hermosa.

Como puedo yo entonces
dejar de comprenderte,
y como no entregarte
también el alma mía.

Ofenderte no quiero
y aún que tu no lo quieras
dójame que te diga Madre.

-000-

ANIVERSARIO DE LA ESCUELA.

Este año la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", celebró su trigésimo cuarto aniversario, con un acto solemne dedicado al Dr. Rudecindo de la Fuente (Q.E.P.D.); quien fuera el primer Director de este Establecimiento.

Presidieron esta ceremonia junto a la Directora Subrogante, Srta. Alicia Letelier Alvarado; el Jefe Subrogante del Departamento Técnico del Servicio Nacional de Salud, Dr. Pablo Voullienne; el Director de la Escuela de Medicina de Valparaíso, Dr. Pedro Uribe C., en representación del Decano de la Facultad de Medicina; el Jefe Zonal del Servicio Nacional de Salud, Dr. René Faraggi C.; el Dr. Hernán de la Fuente B., en representación de la familia del Dr. Rudecindo de la Fuente; la Srta. Gladys Peake G., Jefe del Departamento de Enfermería del Servicio Nacional de Salud y egresada de la primera promoción de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", y el Sr. Jorge Zúñiga Z., Presidente del Gobierno Estudiantil de este establecimiento.

La Directora Subrogante, Srta. Alicia Letelier A. en elocuentes palabras destacó los cambios que se han producido en esta Escuela en sus 34 años de vida y la trayectoria recorrida por algunos de los profesionales aquí graduados.

Al referirse al Dr. Rudecindo de la Fuente Acuña destacó el espíritu visionario y la ejecutiva personalidad expresando: "De nadie se ha podido decir, tan sinceramente, como de él, que fué investido de la más alta y entera dignidad personal. Con fecunda iniciativa logró obtener del filántropo don Carlos Van Buren", su entusiasmo, su participación espiritual y los aportes económicos necesarios a la creación de la Escuela.

Motivó e interesó a las autoridades de la entonces Beneficiencia, particularmente al entonces Director General de Beneficiencia y amigo incondicional

de las Enfermeras, Dr. Alejandro del Río; a tal punto que estas hicieron suyos sus proyectos y dieron su ayuda allanando las dificultades en el camino conducente a sus aspiraciones.

Consiguió salvar prejuicios sociales de la época que eran muchos y difíciles, para dotar a la población femenina de entonces, de un plantel educacional superior de Enfermería y que fué conocido como el mejor y único en Sud-América.

La Dirección, Profesoras, Alumnos y Ex-alumnos, movidas por el anhelo de materializar imperecederamente su recuerdo han decidido colocar su retrato en un lugar de honor y han obtenido autorización para dar su nombre al pabellón destinado a la docencia.

Sea este homenaje rendido a su noble cometido en pro de la Enfermería, nuestro mejor testimonio de afecto y la expresión exacta de que el Dr. Rudecindo de la Fuente queda en nosotras y más allá de nosotras!

El Presidente del Gobierno Estudiantil al hacer uso de la palabra rindió un homenaje a una de las egresadas del primer curso, Srta. Gladys Peake G. De sus palabras queremos transcribir los trozos más significativos.

"Nuestra actual generación de estudiantes de Enfermería heredera de aquellas tres primeras alumnas, se ha duplicado muchas veces, y año tras año se engrandecen cada vez más en nosotros la enorme personalidad de las integrantes de este primer curso que debió romper barreras insalvables, quizás oponerse a sus padres, motivar la sociedad y traducir en hechos todo el idealismo y la fé que las embriagaba. Ellas abrieron el camino, a nosotros corresponde el prolongarlo.

Pero el destino, mostró a cada una un camino diferente, con metas también diferentes, y ésto me hace recordar algunos pasajes de aquel poema de nuestra in-

signe Gabriela Mistral:

Todas íbamos a ser reinas
de cuatro reinos sobre el mar.
Lo decíamos embriagadas,
y lo tuvimos por verdad,
que seríamos todas reinas
y llegaríamos al mar.
Y de ser grandes nuestros reinos,
ellos tendrían, sin faltar,
mares verdes, mares de algas,
y el ave loca del faisán.
Y de tener todos los frutos,
árbol de leche, árbol de pan,
el guayacán no cortaríamos
ni morderíamos metal.
"En la tierra seremos reinas,
y de verídico reinar,
y siendo grandes nuestros reinos,
llegaremos todas al mar".
Y yo que hablaba a río,
a montaña y cañaveral,
en las horas de la locura
recibí de verdad.

Al igual que en este inolvidable poema, de éstas primeras egresadas, sólo una, Gladys Peake, recibió reino de verdad.

Su inteligencia y capacidad escapó a los moldes tradicionales, brilla con luz propia, se encumbra hacia lo más selecto de la elite de profesionales de enfermería, no sólo en nuestra patria sino que en América Latina, EE.UU, Europa, las organizaciones Internacionales de Salud, miembro del panel de expertos de la OMS desde 1950.

Todo el mundo sabe de su amplia capacidad, lo cual no le quita tiempo para dedicarlo también a la organización lo que la convierte en una auténtica líder de Enfermería, con estatura internacional, lle -

gando a ocupar el más alto cargo que puede aspirar un profesional de Enfermería en nuestro país.

Esta generación de estudiantes a la cual re presento se siente feliz de ser heredero de quien ha entregado lo mejor de sí, para gloria de Chile, de Enfermería y de esta querida Escuela "Carlos Van Buren".

Fuera de otras actividades, sociales y deportivas el Gobierno Estudiantil durante la semana de aniversario destacó grupos de alumnos para llevar al Hospital de Niños de Valparaíso y Hogar de Menores del Cuerpo de Carabineros su alegría estudiantil a través de la actuación del grupo folklórico de la Escuela, golosinas y ropas.



INFORMACIONES DE LOS ALUMNOS.

SEGUNDA CONVENCIÓN DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA "CARLOS VAN EUREM".

Los días 25, 26 y 27 de Agosto se realizó la Segunda Convención de estudiantes de Enfermería.

El programa de estudios a que se abocó esta convención tuvo por objeto estudiar:

- a) Reforma Universitaria.
- b) Integración de la Escuela de la Universidad de Chile.
- c) Reglamentos de Gobierno Estudiantil y Escuelas.

ACCIONES REALIZADAS POR EL GOBIERNO ESTUDIANTIL PERIÓDICO AGOSTO - OCTUBRE, pro integración de La Escuela a la Universidad de Chile.

1. Entrevista con el Senador Sr. Benjamín Prado C.
2. Entrevista con la Diputado Srta. Graciela Lacoste.
3. Entrevista con el Director de La Escuela de Medicina, Dr. Pedro Uribe, miembro de la Comisión de Reforma Universitaria.
4. Reunión con los Presidentes de los Gobiernos Estudiantiles de las Escuelas que formarán el Departamento de La Salud en la nueva estructura de la Universidad.
5. Reactivación de la comisión conjunta Dirección y Gobierno Estudiantil, pro paso de la Escuela a la Universidad de Chile. La comisión queda integrada por las siguientes personas. Directora Subrogante Srta. Alicia Letelier A.; Presidente del Consejo Regional del Colegio de Enfermeras Srta. Glana Najón I.; Sra. Gladys Rosales F. Profesora de Enfermería; Presidente de Gobierno Estudiantil y 2 delegados del alumnado.

ELECCION DE NUEVA DIRECTIVA DEL GOBIERNO ESTUDIANTIL.

Para el período Noviembre de 1967 - Noviembre de 1968 ha sido elegida la siguiente directiva:

Presidente:	A. Srta. Pilar Reyes M.
Vice-Presidente:	Sr. Carlos Contreras C.
Secretaria:	Srta. Silvia Narvaes C.
Tesorera:	Srta. María Irene Wilke V.

Deseamos éxito a los estudiantes electos.

1934

...

...

...

...

PAGE 10

...

BASES DE PUBLICACIONES

- 1.º Los trabajos presentados a la Dirección de la Revista deberán traer 2 copias, dactilografiadas, papel tamaño oficio y a doble espacio.
- 2.º La Dirección de la Revista se reserva el derecho de publicar los artículos que estime conveniente.
- 3.º No se devolverán los trabajos que se presenten y que no hayan sido seleccionados para su publicación.
- 4.º Los trabajos deberán ser presentados con diez días de anterioridad a la fecha de aparición de la Revista.

LA DIRECCION

ESCUELA DE ENFERMERIA

« CARLOS VAN BUREN »

Blas Cuevas 1028-Casilla 4265

Fonos 4592 - 7043 - Valparaíso

