

Cuidados humanizados en neonatología: nuevo desafío práctico de enfermería Humanized care in neonatology: a new practical nursing challenge

González Williams, Josue¹
Márquez Díaz, Yeiselín Zoila²

¹ Hospital Ginecobstétrico "América Arias"/ Enfermería, La Habana, Cuba, jgonzalezgu@infomed.sld.cu

² Hospital Ginecobstétrico "América Arias"/ Enfermería, La Habana, Cuba, yeiselimdiaz@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: A pesar de las incuestionables ventajas de la tecnología utilizada en los neonatos, estos deben sobrellevar su primera etapa vital abrumada por el estrés experimentando procedimientos agresivos frecuentes, manipulación excesiva, interrupción del sueño, ruido y exceso de luz, entre otros. Por lo tanto, es indispensable revisar la evidencia científica, las normas en cada país y la aplicación del cuidado para llegar a consensos en el que la calidad de vida y la humanización del cuidado sea el resultado de la unión entre la ciencia y el respeto por el ser humano como persona. **Objetivo:** Identificar las evidencias científicas que sustentan desde la actuación de enfermería el cuidado humanizado en neonatología. **Métodos:** Para llevar a cabo esta revisión narrativa se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Google académico, PubMed y Scielo. Las palabras clave utilizadas en español han sido: neonatos, cuidados intensivos, enfermería, padres, dolor, prematuro, cuidado neonatal, humanización del cuidado. **Resultados:** Contribuir a profundizar el análisis de esta temática e identificar políticas eficaces y equitativas, que permitan al profesional de salud brindar un cuidado no solo de excelencia, sino más humanizado. **Conclusiones:** Esta nueva forma de llevar a cabo el cuidado neonatal representa un desarrollo para la profesión de Enfermería y una nueva perspectiva asistencial que implica a padres en el proceso enfermedad y en la consecución de los objetivos de salud.

Palabras clave: Neonatos; Enfermería; cuidado humanizado.

Abstrac: Introduction: Despite the unquestionable advantages of the technology used in neonates, they must cope with their first vital stage overwhelmed by stress by experiencing frequent aggressive procedures, excessive manipulation, sleep interruption, noise and excess light, among others. Therefore it is essential to review the scientific evidence, the standards in each country and the application of care to reach consensus in which the quality of life and the humanization of care is the result of the union between science and respect for the Human being as a person. **Objective:** The main objective of this work has been to identify the Scientific evidences that supports humanized care in neonatology since nursing. **Methods:** To carry out this narrative review a bibliographic search has been carried out in the databases: Google academic, PubMed and Scielo. The keywords used in Spanish have been: neonates, intensive care, nursing, parents, pain, premature, neonatal care, humanization of care. **Results:** Contribute to deepen the analysis of this theme and identify effective and equitable policies that allow the health professional to provide care not only of excellence, but also more humanized. **Conclusions:** This new way of carrying out neonatal care represents a development for the Nursing profession and a new care perspective that involves parents in the disease process and in the achievement of health goals.

Keywords: Neonates; nursing; humanized care.

I.INTRODUCCIÓN

La unidad asistencial de neonatología se define como una organización de profesionales sanitarios ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos y a su familia.¹

La neonatología moderna suele ser bastante agresiva debido entre otros factores al aumento del conocimiento y avances en términos de salud con la ayuda de las nuevas tecnologías. Esto ha hecho que la expectativa de vida en los recién nacidos prematuros y niños críticos haya sido y sea más alta en comparación con tiempos pasados. Sin embargo, el cuidado ofrecido a estos pacientes requiere de un análisis y discusión con contraposiciones de ideas de distintas fuentes de evidencia científica, con objeto de obtener consensos que promuevan la calidad de vida del niño y su familia. En ocasiones, el tratamiento terapéutico y su interacción con el cuidado dedicado al bienestar, acaba en la deshumanización del cuidado por la complejidad de las Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatología y su impacto en el paciente neonatal.²

Los recién nacidos que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) están expuestos a innumerables factores de riesgo como son los procedimientos invasivos y dolorosos, la sobre estimulación ambiental, la interrupción del vínculo afectivo madre-hijo, y de la lactancia materna exclusiva. El cuidado neonatal ha sido centrado en diversos equipos tecnológicos que han dejado a un lado la parte humana y el acercamiento de los padres en esta etapa vulnerable de los recién nacidos, especialmente los pretérminos, lo cual conlleva una alta incidencia de alteraciones fisiológicas, daños neurológicos, sensoriales y de desarrollo que hasta el momento representan un gran desafío en el cuidado de enfermería al neonato prematuro.²

La humanización en el cuidado y atención especializada en el neonato es de vital importancia dentro del campo de la ciencia, donde se encuentran la medicina y en concreto, la enfermería, en el momento actual. La disciplina enfermera tiene como objetivo proporcionar el cuidado de la forma más eficiente y efectiva, buscando el bienestar del paciente. Además, esto implica consecuencias en la vida y salud no sólo del recién nacido sino de la familia, al llevar a cabo el ejercicio de cuidar a partir de la comunicación y relación interpersonal entre profesional, paciente y familia. Evitando así o minimizando la situación que en ocasiones termina siendo “deshumanización del cuidado.”²

Los conocimientos, la actitud y la práctica del profesional de enfermería sobre los cuidados humanizados neonatales son fundamentales en la recuperación del estado de salud de los recién nacidos, en el avance y adherencia rápida a los tratamientos, las condiciones ambientales que rodean al neonato, sumado a esto, la separación precoz de su madre y de la vida intrauterina que le proporcionaba un ambiente agradable, relajado, oscuro, caliente, con amortiguación de los sonidos, todo para proporcionarle un desarrollo psicomotor adecuado.²

A juicio de los autores el tiempo de permanencia de los padres con los neonatos en la UCIN debe organizarse de forma continua, ampliada y flexible, pues la implicación de los padres en los proceder del neonato constituye un eslabón fundamental en la humanización de los cuidados.

Debido a todo lo anterior, es fundamental la investigación para que los profesionales de la UCIN se apropien de argumentos que garanticen la asistencia a favor de un tránsito hacia un enfoque de humanización del cuidado neonatal, sopesando la calidad de vida actual y futura de los niños dentro de los distintos hospitales.² Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados, los autores se proponen como objetivo ge-

neral identificar las evidencias científicas que sustentan desde la actuación de enfermería el cuidado humanizado en neonatología.

II. MÉTODOS

Para llevar a cabo esta revisión narrativa se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Google académico, PubMed y Scielo. Las palabras clave utilizadas en español han sido: neonatos, cuidados intensivos, enfermería, padres, dolor, prematuro, cuidado neonatal, humanización del cuidado. En este trabajo sólo se han incluido aquellos artículos científicos que contenían conceptos y palabras relacionadas con la Enfermería, por medio del uso de las citadas palabras clave. Se incluyeron artículos en español e inglés, publicados durante los últimos 12 años, requiriendo en ocasiones de artículos con más antigüedad a la especificada, pero incluidos en este trabajo por su rigor e importancia de contenidos en relación con el tema. Se excluyeron de la búsqueda los artículos científicos con fechas anteriores al año 2010. Para la elaboración de las referencias bibliográficas se utilizó un estilo Vancouver.

III. RESULTADOS

El cuidado se define como atender, velar, asistir o tratar con atención y esmero a una persona, para enfermería tiene un significado más amplio, pues el cuidado es una ciencia y un arte; enfermería debe tener los conocimientos y actitudes que este mismo exige.³

Son también todas las actividades desempeñadas y orientadas al paciente en el caso de enfermería que se realizan para elevar el bienestar psico-bio-social del paciente.⁴

También es importante en la humanización de los cuidados la presencia y participación familiar en la realización de estos. Aunque los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión estos desean participar en el cuidado de sus seres queridos y permanecer junto a ellos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, pero en muchas ocasiones la presencia y participación de los familiares es muy limitada.

Los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia (CCD) ofrecen una manera de controlar el impacto que puede tener el ambiente extrauterino en los recién nacidos y tienen por objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido y disminuir su estrés. Para ello debemos enfocarnos en 2 tipos de cuidados: los del macro-ambiente (luz, ruido y unidad abierta a los padres) y micro-ambiente (posicionamiento, cuidado canguro, manejo del dolor, promoción de la lactancia materna y protección del sueño).

El niño viene del ambiente intrauterino al nacimiento hay un cambio obligado del ambiente, se encuentra bruscamente en un entorno de luces brillantes, ruidos altos y repentinos, experiencias dolorosas y agresivas que van a influir en la orientación de la conducta emergente del niño en un momento que es más vulnerable. El ambiente en las unidades de Neonatología es muy complejo, con experiencias diferentes al ambiente intrauterino (líquido, oscuro, tibio) y puede crear estados de sobrecarga sensorial, sobre-estimulación y mala adaptación en el desarrollo.

Se han establecido recomendaciones de niveles acústicos para las unidades neonatales por diversos organismos contrariamente a estas, en un ambiente hospitalario tranquilo es normal que exista un rango en 40-50 decibeles, en un ambiente intermedio puede aproximarse a 50-60 decibeles y en zonas de cuidados in-

tensivos llegar a los 60-70 decibeles con picos por encima de estos niveles.^{5,6} Por encima de los decibeles recomendados repercute en el crecimiento y desarrollo del recién nacido, sobre todo del prematuro. Así, los estímulos de ruido estresantes producen hipoxemia, bradicardia, aumento de la presión intracraneana, hipertensión arterial, apnea, estrés, conducta desorganizada e inefectiva y no adaptativa, e inestabilidad metabólica, ya que aumentan los requerimientos calóricos a partir de glucosa. También se producen: perturbaciones del sueño, irritabilidad, cansancio, vómito y pérdida de apetito.

Los niveles apropiados de luz en unidades de cuidados intensivos no se han establecido, se han recomendado hasta hace pocos años altos niveles, entre 600 y 1000 luxes, para permitir evaluar el niño desde el punto de vista clínico en cualquier lugar de la sala de hospitalización, no obstante es fácil encontrar intensidades de luz que varían entre 150-2500 luxes a nivel de las incubadoras.^{7,8} Estudios indican efectos deletéreos, producto de un ambiente con iluminación continua fluorescente, que incluyen alteraciones del ritmo biológico y de la función endocrina, efectos físicos y bioquímicos negativos, así como también retardo en el crecimiento. Estos hallazgos han motivado distintas investigaciones que sugieren que la luz continua en las UCIN es perjudicial e induce a estados de privación del sueño y a cambios en los ritmos diurnos del neonato. De igual forma, según Torres J.⁹ los recién nacidos hospitalizados en las UCIN están expuestos de forma permanente a la luz brillante con pocas variaciones entre el día y la noche. En nuestro servicio para reducir la intensidad de la luz dentro de la incubadora, se utilizan forros (capotas) que se colocan sobre la misma sin que impida la observación de los niños, fundamentalmente se garantiza en los menores de 1500 gramos.

En relación con la incorporación de los padres al cuidado del recién nacido existen estudios y evidencia científica disponible al respecto, en el cual se reflejan esa participación parental en los cuidados bajo supervisión enfermera son: se indica o estimula a la madre para acariciar, tocar o hablar a su hijo en lo que denominan estimulación temprana. Se entrena a la madre para algunos procedimientos especializados y necesarios como gastroclisis, colostomías, oxigenoterapia, cuidados del cordón umbilical, alivio de cólicos y medicación, entre otros muchos más datos bibliográficos destacados. En nuestro servicio esta implementado aunque solo en lo referente a la estimulación, aun no se inmiscuye a la madre en procedimientos de enfermería.

Otro aspecto sobre el cual se extraen datos interesantes e importantes con esta búsqueda bibliográfica es sobre las limitaciones que representa el establecimiento de horarios de visitas de los familiares al recién nacido ingresado en este tipo de unidades especializadas.¹⁰ En nuestro servicio se implemento la entrada del padre al cubículo de atención a su niño, con observación de este y estableciendo una correcta comunicación con el personal encargado del cuidado. Además de la comunicación táctil con el niño por medio de caricias.

Otro aspecto a señalar es el posicionamiento del neonato, este se puede colocar de 3 formas:

- **decúbito supino:** es la posición necesaria en ocasiones para intervenciones del equipo, sin embargo, no es demasiado cómoda para el bebé prematuro. Es aconsejable colocar las rodillas flexionadas, la cabeza alineada con el cuerpo para evitar fluctuaciones de la presión intracraneal, y los pies dentro de un nido de ropa.
- **decúbito prono:** facilita la oxigenación y disminuye el reflujo gastro esofágico, pero nos ayudaremos de la monitorización de los signos vitales; es aconsejable utilizar un cojín interescapular para evitar la retracción de hombros y favorecer la sensación de abrazo.

- **decúbito lateral:** es la posición más conciliadora para el bebé prematuro porque permite la exploración del entorno y la actividad mano-boca además de facilitar la flexión; es aconsejable acercar las manos del bebé para evitar la retracción escapular.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales, diferentes estudios realizados en todo el mundo han puesto de manifiesto múltiples evidencias que la lactancia materna acorta el tiempo de estancia hospitalaria, disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante y mejora el vínculo materno filial interrumpido por el neonato en estas unidades. Las evidencias dejan pocas de que existan grandes razones teóricas para afirmar que una cantidad excesiva de estrés ya sea fisiológico o psicosocial, puede afectar negativamente el proceso de lactancia materna.¹¹

Hace 35 años se inició en el hospital materno- infantil de Bogotá, el programa canguro, que no es más que la búsqueda del contacto inmediato intrahospitalario entre la madre y su hijo, a base de propiciar rápidamente el contacto piel con piel con el recién nacido con los senos de su madre promoviendo el apego que debe continuar. Surge buscando alternativas a los grandes problemas que afronta la atención en los países del tercer mundo, sin embargo, se ha enriquecido con la experiencia e investigación, ha demostrado beneficiosos resultados, no solo para la supervivencia de los bebés, sino que, al calor y al arrullo de la madre, ha mejorado el desarrollo constitucional, el cociente intelectual y el aspecto emocional, no solo del niño, sino también de la familia en su conjunto.^{12, 13,14}

Este es el método del amor, ya que la madre, mediante su arrullo, estimula muchas funciones vitales del niño, como la respiración, la frecuencia cardíaca y la actividad neuromotriz, así como los cinco sentidos del niño, única fuente de acceso del conocimiento humano. El arrullo materno, el latido del corazón de la madre, su voz, sus cánticos, su aroma, y su leche con sus diferentes sabores, los diferentes tonos de los músculos hacen de esta interacción el mejor estímulo para el recién nacido. Igual o aun mejor puede suceder si el estímulo orgánico procede del padre. De esta manera nos encontramos que serán escenarios los que acompañan, facilitan y contextualizan el desarrollo temprano en donde suceden situaciones vitales donde aparecen vida psíquica del bebé y parental, donde bebé, mamá y papá existen conjuntamente y no podemos quitar alguno de estos personajes sin deshacer el todo.^{12,13,14}

Al igual, se disponen hoy en día de diferentes estudios que abordan el cuidado canguro desde diversificadas perspectivas y puntos de vista y que permiten diferenciar las siguientes ventajas para el prematuro: mejora la termorregulación, acelera la adaptación metabólica, reduce los episodios de apnea, permite y favorece la lactancia materna, menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales), mayor ganancia de peso, aumento de la confianza de las madres en el cuidado de los hijos, los padres se sienten protagonistas del cuidado y reduce la estancia hospitalaria, a la vez que prepara a los padres con ayuda y supervisión del equipo multidisciplinario de Enfermería para el alta del niño.¹⁵

En concordancia con datos científicos sobre el impacto del método canguro en la morbilidad y mortalidad describe menor riesgo de infección nosocomial, enfermedad grave y de infecciones de vías respiratorias bajas a los 6 meses de edad, mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva y de ganancia ponderal al alta, y ausencia de diferencias significativas en mortalidad

Además, la investigación sobre la nutrición perinatal confirma que la leche humana, en concreto la de la propia madre, es la más adecuada u específica para alimentar a estos bebés. De hecho, una de las actividades relacionadas con la humanización en los cuidados de estos niños es proporcionarles las condiciones idóneas y más favorables para que la lactancia materna sea lo más duradera y satisfactoria posible, arraigando la idea de la participación de los padres en dichos cuidados como efecto protector de posibles enfermedades en el recién nacido y como beneficio tanto para padres como para recién nacido.¹⁵

La valoración y tratamiento del dolor neonatal debe ser multidisciplinario, a cargo del médico, enfermeras y familiares, por lo que además del tratamiento farmacológico, es de gran utilidad el uso de técnicas no farmacológicas. Además, la ausencia de dolor es un derecho de todos.

Minimizar las interrupciones del sueño: Para Shapira I. y Cols¹⁶ el recién nacido de término y aún más el recién nacido pretérmino, pasan gran parte del día durmiendo. Es lo normal. Cuando no duermen y lloran, se encuentran en “estado de alerta”. Este es el momento en el que es conveniente realizar las manipulaciones e intervenciones necesarias, pues el neonato puede interactuar con el medio, sus padres y cuidadores. Así, el estado de alerta o aproximación implica: ojos abiertos, fijación de la mirada, succión activa, movimientos de miembros y respiración más frecuente. Por el contrario, el estado del sueño o retraimiento implica: ojos cerrados, hipotonía muscular, sonrisas, sobresaltos, apneas cortas, movimientos incoordinados de succión, respiración más lenta, y es el momento en que el recién nacido pre término ordena su Sistema Nervioso Central (SNC) y crece y no se debe interferir con procedimientos innecesariamente. La organización del sueño-vigilia, auxilia al recién nacido pre término y término a estructurar, mantener y facilitar los cambios de conciencia evitando los picos de extenuación y agitación. Favorece, además, la auto-organización, y la ganancia de peso.

IV. CONCLUSIONES

El Método Madre Canguro en el recién nacido prematuro, muestra beneficios tanto a nivel sistémico como emocional, y minimiza las posibles complicaciones, beneficiando también a los padres. Se demuestra la eficacia de la Lactancia Materna como método complementario junto con los cuidados tipo canguro en el prematuro, y se demuestra que ambos favorecen que el eje central de la asistencia se transmita de lo patológico exclusivamente ahora también a lo psicosocial.

El medio ambiente de las Unidades de Cuidados Intensivos interrumpe el desarrollo de los estados conductuales en los recién nacidos prematuros. Estos estados del neonato que son los ciclos de sueño- vigilia que incluyen: sueño tranquilo, sueño activo, somnolencia, alerta tranquila, alerta activo y llanto, deben estar organizados y estos estados, están determinados por factores endógenos e influencias del medio ambiente. Por lo anterior conviene evitar en el neonato grave, la interacción en el medio ambiente, colocándolo lejos de la agresión para incidir positivamente en su neurodesarrollo.

Los neonatos también manifiestan dolor. Por ello, la calidez humana, el manejo gentil, las caricias, el arrullo, la música suave, envolverlo en una manta suave, hablarle con un tono tranquilo y minimizar la estimulación nociva del personal, son procedimientos favorables para disminuir el dolor en el neonato. También se debe intentar que el ambiente sea lo más agradable posible al disminuir la luz intensa, el ruido y agrupar los procedimientos. Es necesario tomar en cuenta todos estos aspectos, para disminuir el dolor intenso en los neonatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osuna Guerrero M, Pastor Montero SM. Estrategias de humanización en las unidades neonatales: revisión bibliográfica. Biblioteca Las casas. 2018; 14. [citado 3 Mayo 2021] Disponible en: <http://ciberindex.com/c/lc/e11609>
2. Doris Amparo Parada Rico. Humanización en el cuidado neonatal. Portal de revistas (UFPS). 6 de Noviembre de 2012; 9 (9):71-79.

3. Gallegos Martínez J, Salazar Juárez M. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. *Enf Neurol (Mex): Práctica Diaria*. 2010; 9 (1):26-31.
4. Báez, Francisco, y otros. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Scielo*. [En línea] agosto de 2009. [Citado el: 12 de Marzo de 2021] <http://www.redalyc.org/41/74112142002.pdf>. 1657-5997.
5. Carrasco, Alma, y otros. El cuidado humano: reflexiones (inter) disciplinarias. [En línea] Julio de 2011. [Citado el: 16 de Abril de 2021] <http://www.fcs.edu.uy/archivos/El%20Cuidado%20Humano.pdf>. 978-9974-0-0750-5.
6. Sánchez G., Rodríguez I., Quintero L., Nieto G., Centro D., Zapata A. Comparación de los niveles de decibeles (ruido) en las áreas de atención Neonatales. *Medicina Universitaria*. México, Julio-Sept, 2012. [Citado el: 16 de mayo de 2021] 14 (56): 1-7 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90167660&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=304&ty=44&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v14n56a90167660pdf001.pdf
7. Zamberian N.E., Ine C., Venderley J., Mara L.M., Fortuna C.M. y Silván C.G. Impacto de un programa participativo de reducción de ruido en una Unidad Neonatal. *Enfermagem, Riberao Preto*, Enero-Febrero, 2012; 20 (1): 1-8- Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_15pdf Consultado el día 20 de marzo de 2020.
8. Melgar A y Bergon E. Protocolo de luz y ruido. Ed. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neonatología. Madrid, 2011: 1- 6
9. Torres J. Efectos medioambientales de la Unidad de Cuidados Intensivos en los Recién Nacidos. *Gastrohnutp*. Bogotá, Enero-Abril, 2014; 16 (1): 11-17 Disponible en: <http://evgastrohnutp.univalle.edu.co/a14v16n1/a14v16n1art2.pdf+&hl=es&ct=clnk&gl=es> Consultado el día 15 de marzo del 2020.
10. Torres J. Efectos medioambientales de la Unidad de Cuidados Intensivos en los Recién Nacidos. *Gastrohnutp*. Bogotá, Enero-Abril, 2014; 16 (1): 11-17 Disponible en: <http://evgastrohnutp.univalle.edu.co/a14v16n1/a14v16n1art2.pdf+&hl=es&ct=clnk&gl=es> Consultado el día 15 de marzo del 2020
11. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Silvan Scochi CG. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatol Reprod Hum*. Abril-Junio 2010; 24; (2):98-108.
12. Chatterton R, Hill P, Hodges K R. Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: influence of stress. *J Clin Endocrinol Metab* 2000, 85(10):3661-3676.
13. Álvarez B. Madre Canguro. CONSUMER.es EROSKY. Atención sanitaria. Se consigue en: http://www.okemakus.com/madre_cangurol.htm
14. Método Madre Canguro. Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna. Se consigue en: http://www.okemakus.com/madre_cangurol.htm
15. World Health Organization. Guía Práctica: Madre Canguro. WHO Maternal and newborn health. Se consigue en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/kmc/indexhtml.nguro>.
16. Valle Torres E, Amat Giménez MI. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *Revista d'AtencióPreçoç*. Desenvolupa. 2012; (33):1-11.
17. Shapira I.T., Parareda V., Coria M.B. y Roy E. Propuestas de intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. *Hospital Materno Infantil Ramón Serdán*: Santiago de Chile, 2014 XIII (3): 101-109.