

aa
ee



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

Ignacio Mantilla Prada
RECTOR GENERAL

Jorge Iván Bula Escobar
Vicerrector General

Juan Manuel Tejero Sarmiento
Vicerrector Académico

Diego Fernando Hernández Losada
Vicerrector Sede Bogotá

Catalina Ramírez Gómez
Secretaria General

Consejo de la Facultad de Enfermería

Renata Virginia González Consuegra
Decana
Presidenta del Consejo de Facultad

Ana Maritza Gómez Ochoa
Vicedecana

Martha Patricia Bejarano
Directora de Bienestar

Ruby Leonor Tobar
Directora de la Unidad Académica
Básica de Salud de Colectivos

Sandra Guerrero Gamboa
Directora de la Unidad Académica
Básica de Enfermería

Fanny Rincón Osorio
Directora de Carrera

Lorena Chaparro Díaz
Directora Centro de Extensión
e Investigación
y Unidad de Gestión de Investigación

William Arley Tarazona Cáceres
Representante Estudiantil de Pregrado

Magda Lucía Flórez
Secretaria de Facultad
Secretaria Consejo de Facultad

Avances en Enfermería

Clara Virginia Caro C. Ph.D.
DIRECTORA
EDITORA JEFE
Universidad Nacional de Colombia,
Colombia

Xavier Humberto Páez Ochoa
EDITOR ASISTENTE
Licenciado en Español y Filología
Clásica

Comité Editorial

María Magdalena Alonso Castillo, Ph.D.
Universidad Autónoma de Nuevo León,
México

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Ph.D., Pós-Doutora
Universidade Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, Brasil

Daniel Eslava A., Ph.D.
Pontificia Universidad Javeriana,
Colombia

Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho, Pós-Doutora, Ph.D.
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Jennifer W. Foster, Anthropologist Ph.D.,
Emory University, USA

Yariela N. González Ortega, Ph.D.
Universidad de Panamá, Panamá

Lorena Chaparro Díaz, Ph.D.
Directora Centro de Extensión e
Investigación
Unidad de Gestión de Investigación

Mary Luz Jaimes Valencia, Ph.D.
Universidad Autónoma de
Bucaramanga, Colombia

Ana Luisa Velandia, Ph.D.
Universidad Nacional de Colombia,
Colombia

Yrene Urbina Rojas, Ph. D.
Universidad Nacional de Tumbes, Perú

Alba Idaly Muñoz, Ph. D.
Universidad Nacional de Colombia,
Colombia

Comité Científico

Marie-Luise Friedemann, Ph.D. RN,
Florida International
University,
Miami, Florida, EE. UU.

Esther Gallegos Cabriales, Ph.D. en Enfermería,
México

María Elisa Moreno, Ph.D. en Enfermería,
Colombia

Omar Antonio Parra, Ph.D. en Literatura,
Colombia

Roseni de Sena, Ph.D. en Enfermería,
Brasil

Indexada por/Indexado by/Indexada por:

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS-BIREME)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal (LATINDEX)

Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX), categoría A2.

Fuente Académica de EBSCO

Scientific Electronic Library on Line (scielo Colombia)
Incluida en la Base de Datos CUIDEN de la Fundación INDEX y en Virginia Henderson International Nursing Library Directory of Open Access Journals (DOAJ)

Esta revista es financiada por el Fondo de la Unidad de Gestión de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Colombia, Sede Bogotá

Misión

La revista *Avances en Enfermería* es un medio de socialización para los productos científicos derivados de la investigación, revisiones de la literatura, experiencias y reflexiones de las diferentes comunidades académicas y asistenciales nacionales e internacionales que contribuyen al desarrollo teórico de la disciplina profesional de enfermería.

Missão

A revista *Avances en Enfermería* é um meio de divulgação dos productos científicos derivados da pesquisa, revisões bibliográficas, experiências e reflexões das diferentes comunidades académicas e previdenciárias nacionais e internacionais que contribuem com o desenvolvimento teórico da disciplina profissional da enfermagem.

Mission

The journal *Avances en Enfermería* is a communication medium to disseminate the scientific outcomes derived from research, literature reviews, experiences and reflections of the various national and international health entities and academic communities that contribute to the theoretical growth of the professional nursing trade.

Visión

Ser un referente nacional e internacional en la divulgación del conocimiento en enfermería y salud, a través de la publicación de piezas científicas de alta calidad que contribuyan al desarrollo de la disciplina.

Visão

Ser um referente nacional e internacional na divulgação do conhecimento nas áreas de enfermagem e saúde através da publicação de trabalhos científicos de alta qualidade que contribuam com o desenvolvimento da disciplina.

Vision

Become a national and international benchmark in the dissemination of knowledge about the areas of nursing and health through the publication of high-quality scientific papers that contribute to the development of the trade.

Es la publicación oficial científica seriada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia. Se creó en mayo de 1982 y publica contribuciones originales de enfermería; disciplinas relacionadas con la salud y otros campos de desempeño; aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, y contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud. Divulga artículos en idiomas español, portugués e inglés que sean inéditos, es decir: documentos que no han sido publicados antes en otros formatos —electrónicos o impresos— y que no han sido sometidos a consideración de otras publicaciones o medios.

- Los usuarios de la revista son profesionales de la salud y de las ciencias humanas y sociales.

- Se puede acceder al texto completo de los artículos a través de la página web de la revista: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>; doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>
- Reproducción: prohibida la reproducción impresa de artículos con fines no académicos.
- La revista se encuentra bajo la licencia *Creative Commons Attribution 3.0*.
- Las opiniones y juicios emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen a la revista ni a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Pares Evaluadores del Presente Número

Dra. Lorena Chaparro Díaz
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Natalia Tobo Medina
Universidad del Valle

Mg. Ximena Sáenz Montoya
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Alejandra Fuentes Ramírez
Universidad de la Sabana

Dra. Yolanda Flores Peña
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villareal
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. (C) Carolina Carbonell Dos Santos
Universidade da Região da Campanha

Mg. Rita Cecilia Plata De Silva
Universidad El Bosque

Mg. María Orfa Ochoa Montoya
Universidad Nacional de Colombia

Dr. Manuel Antonio Velandia Mora
Universidad Cooperativa de Colombia

Dra. Pilar Amaya Rey
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Ángela María Henao Castaño
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Luiza Akiko Komura Hoga
Universidade de São Paulo

Mg. Blanca Nieves Piratoba Hernández
Fundación Universitaria Sanitas

Mg. Alcira Escobar Marín
Universidad del Valle

Mg. María Carmen Bernal Roldán
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Iracema Da Silva Frazão
Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Sueli Aparecida Frieri Galera
Universidade de São Paulo

Dra. Luz Patricia Díaz Heredia
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Yurian Lida Rubiano Mesa
Universidad Nacional de Colombia

Mg. Carolina Lucero Enríquez Guerrero
Universidad del Rosario

Mg. Myriam Stella Medina Castro
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Luz Stella Bueno Robles
Pontificia Universidad Javeriana

Dra. Viviana Marycel Céspedes Cuevas
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Claudia Patricia Bonilla Ibáñez
Universidad del Tolima

Mg. Consuelo Ortiz Suárez
Pontificia Universidad Javeriana

Dra. Janaína Amorim de Ávila
Hospital Universitario/Hu/Furg

Dra. Solange Pires Salomé de Souza
Universidade Federal de Mato Grosso

Dra. Renata Virginia González Consuegra
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Lina María Vargas Escobar
Universidad Nacional de Colombia

Esp. Sylvia Rodríguez Atehortúa
Pontificia Universidad Javeriana

Mg. Leonor Luna Torres
Universidad Nacional de Colombia

Dra. María Mercedes Arias Valencia
Universidad de Antioquia

Dra. Ángela María Salazar Maya
Universidad de Antioquia

Dra. Regimar Carla Machado
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dra. Cidália de Fátima Cabral de Frias
Universidade dos Açores

Dra. Martha Lucía Alzate Posada
Universidad Nacional de Colombia

Avances en Enfermería

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>

e-mail: revavenf_febog@unal.edu.co

Volumen xxxiii N.º 1 enero-abril 2015

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261 av.enferm.

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra

Diagramación: Leonardo Fernández Suárez

Impresión: Digiprint Editores E.U.

Impreso en Colombia-Printed in Colombia

Contenido

- EDITORIAL
- 7 **Demandas editoriales para las revistas de enfermería de América Latina**
 María Helena Palucci Marziale
- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
- 10 **Atypical nature of coronary artery disease in women: a proposal for measurement and classification**
 Atipicidad en la mujer con enfermedad coronaria: propuesta de medición y clasificación
 Atípica em mulheres com doença cardíaca coronária: medição e proposta de classificação
 Viviana Marycel Céspedes Cuevas
- 19 **Experiencia con la implementación del uso de soluciones estandarizadas de cloruro de potasio**
 A experiência com a implementação da normalizada, utilizando soluções de cloreto de potássio
 Experience with implementation of standardized using potassium chloride solutions
 Érika Alejandra del Río Crespo, Paula Andrea Granda Carvajal, Sergio Andrés Castañeda Garcés
- 29 **A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê**
 La sala de parto como un escenario para la estimulación del vínculo entre la madre adolescente y el bebé
 The delivery room as a scene for stimulus of teenager mother-baby bound
 Ingrid dos Santos Fucks, Marilú Correa Soares, Nalú Pereira da Costa Kerber, Sonia Maria Könzgen Meincke, Ana Paula de Lima Escobal, Simoní Saraiva Bordignon
- 38 **Actitudes hacia la sexualidad de estudiantes de enfermería menores de 20 años de una universidad colombiana**
 Atitudes para a sexualidade de estudantes de enfermagem menores de 20 anos de uma universidade colombiana
- Attitudes towards sexuality of nursing students under 20 years old from a Colombian university
 María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Nilda Jalitza Camacho Dimaté, Leidy Carolina Jaramillo Ortíz, Yury Luz Ayda Ríos Osorio
- 47 **Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients**
 Síntomas de ansiedad y depresión en familiares de pacientes en la UCI
 Sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes na UCI
 Maria Kourti, Efstathia Christofilou, George Kallergis
- 55 **Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metátesis**
 Reconstruindo o significado da qualidade de vida dos cuidadores em cuidados: uma metassíntese
 Rebuilding the meaning of quality of life for caregivers care: a meta-synthesis
 Sonia Patricia Carreño Moreno, Lorena Chaparro Díaz
- 67 **Conocimientos, actitudes y prácticas clave en gestantes con hijos menores de 5 años de la ciudad de Cúcuta, 2012**
 Conhecimentos, atitudes e práticas fundamentais em mulheres grávidas com crianças menores de 5 anos de Cúcuta de 2012
 Knowledge, attitudes and key practices in pregnant women with children under 5 years of Cucuta, 2012
 Doris Amparo Parada Rico, Leidy Karime Méndez Rincón, Ana Milena Flórez Vargas
- 75 **Comportamiento violento entre usuarios de crack**
 Comportamiento violento entre consumidores de crack
 Violent behavior among crack users
 Nadja Cristiane Lappann Botti, Jacqueline Simone de Almeida Machado
- 85 **SIDA: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena AIDS:**

sofrimento de pessoas com a doença, Cartagena

AIDS: people suffering with the disease, Cartagena

Amparo Montalvo Prieto, Arleth Herrera Lián

94 Asociación de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva

Associação de recursos da família pais e adolescentes em Neiva

Association of family functionality parent-adolescent in Neiva

Alix Yaneth Perdomo Romero, Claudia Andrea Ramírez Perdomo, Edna Fabiola Galán González

104 CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la UCI

CEI-UTI: instrumento para avaliar os cuidados de enfermagem individualizados no adulto na UTI

CEI-ICU: an instrument for evaluating individualized nursing care of adults in ICU

Ángela María Henao Castaño, María Consuelo del Pilar Amaya Rey

114 Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca

Relação entre o estado de saúde e risco de não-adesão ao tratamento em pacientes em reabilitação cardíaca

Relationship between health status and risk of non-adherence to treatment in patients in cardiac rehabilitation

Diana Yelipza Hernández Galvis

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

124 Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería Cuidados no final da vida: uma oportunidade para reforçar o padrão de enfermagem emancipatória

Care at the end of life: an opportunity to strengthen the pattern of emancipatory nursing skills

Martha Adiola Lopera Betancur

133 Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior

Utilização de ácidos graxos para a prevenção de úlceras de pressão e da extremidade inferior

Use of fatty acids in prevention of pressure and lower extremity sores

Juan Carlos Restrepo Medrano, Juan Guillermo Rojas, Manuel Alejandro Granada Gómez

142 Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil Notificación de violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes por profesionales de la salud en Brasil

Notification of domestic violence against children and teens by health professionals in Brazil

Priscila Arruda da Silva, Valéria Lerch Lunardi, Juliane Portella Ribeiro, Adriane M. Netto de Oliveira, Tânia Cristina Schäfer Vasquez

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN

151 Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres

Sistemas padronizados de linguagem da enfermagem em sessão pôster

Standard System of nursing language in poster session

Karolina Vitorelli Diniz Lima Fagundes, Lucélia Terra Jonas, Nathália Chantal Magalhães da Silva, Ana Mariele de Souza, Marina Bortoletto Cossulin, Maria Angélica Mendes

REPORTE DE CASO

158 Cuidados de enfermagem ao paciente no perioperatório de cortico-amígdalo-hipocampectomía

Cuidados de enfermagem al paciente en el perioperatorio de cortico-amígdalo-hipocampectomía

Nursing care for patients in the perioperative cortico-amygdalo-hippocampectomy

Cintia Koerich, Fabiana Cristine dos Santos, José Luís Guedes dos Santos, Alacoque Lorenzini Erdmann, Carla Pauli, Monique Mendes Marinho

165 Política editorial

Política editorial

Editorial policy

Demandas editoriales para las revistas de enfermería de América Latina

• Maria Helena Palucci Marziale¹ •

• 1 • Profesora Titular, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo-Centro. Editora Jefe de la *Revista Latino-Americana de Enfermería*. Ribeirão Preto, Brasil. e-mail: marziale@eerp.usp.br

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.49925>

El propósito principal de una revista científica es publicar los resultados de estudios debidamente comprobados y validados, de suficiente importancia e interés y que revelen avances en el conocimiento, de manera que justifiquen el costo de su publicación. La política editorial de una revista permite reglamentar los estándares de publicación, lo que, por una parte, garantiza el buen funcionamiento, conservando la homogeneidad durante todo el proceso administrativo y editorial; y por otra, facilita la toma de decisiones. La misión de una revista, los temas y la cobertura, la periodicidad, los tiempos de publicación, el proceso editorial para la aprobación de un artículo (flujo), las secciones de la revista, los idiomas, el manual de estilo/normalización, el formato de la publicación (versión impresa o electrónica), el tipo de distribución (suscripción o acceso abierto), las formas de publicidad y el patrocinador son elementos tradicionales que deben componer la política editorial de una revista científica.

Corresponde entonces al comité editorial formular y poner en práctica la política editorial de la revista por medio de la toma de decisiones colectivas, estableciendo las directrices generales que orientan la publicación. El comité es formado por el editor científico y por miembros que representen adecuada y democráticamente los intereses del área del conocimiento y que garantizan la credibilidad científica de la publicación y de las instituciones que la respaldan legalmente. Respecto al editor científico, los atributos necesarios para ejercer la función son: tener formación de posgrado, una sólida formación cultural, conocimientos sobre edición científica, capacitación para lidiar con herramientas específicas de administración de publicaciones, dedicación e interés para revelar un campo en continuo proceso de desarrollo; ser imparcial y abierto a las discusiones, no tener prejuicios, prever nuevos rumbos y adoptar acciones proactivas, poseer discernimiento y capacidad para soportar presio-

nes. Es responsabilidad del editor dirigir el proceso de publicación, mantener la calidad científica, identificar las necesidades e intereses de los lectores, aceptar o rechazar un artículo y garantizar el acceso a las informaciones publicadas por la revista y su conservación a largo plazo.

Una revista científica necesita tener un adecuado consejo de revisores, integrado por especialistas uniformemente distribuidos, tanto en términos científicos —cubriendo todas las áreas del conocimiento— como geográficos —esto es: abarcando regiones distintas del país y de otros países para realizar la evaluación de los manuscritos y emitir opiniones—. Esto, con el objetivo de seleccionar artículos de calidad, evaluándolos de manera crítica, constructiva y efectuando comentarios detallados para ayudar al autor a mejorar su manuscrito, además de realizar recomendaciones al editor sobre los ajustes necesarios para la publicación del manuscrito en la revista.

Aumentar la visibilidad, el prestigio y el impacto del conocimiento producido por la enfermería en América Latina junto a la comunidad académica internacional es una demanda de gran responsabilidad de los editores científicos y de las instituciones productoras de investigación, principalmente de los programas de posgrado en enfermería. La razón de esto yace en que la visibilidad internacional de la producción del conocimiento producido en la región es pequeña en comparación con la producción mundial en el área (1), debido a que enfrentamos problemas que van desde la producción del conocimiento hasta su divulgación.

Es evidente que en la última década varios esfuerzos han sido direccionados por las revistas para mejorar la calidad editorial, lo que ha derivado en el aumento del número de artículos de la región citados internacionalmente y en la indexación de nuevas revistas en bases importantes como WOS, SCIELO, SCOPUS y MEDLINE. Sin embargo, el número actual de revistas latinoamericanas indexadas no es suficiente para atender la elevada demanda de artículos producidos al año, principalmente por los programas de posgrado y por los grupos de investigación.

Los programas de posgrado en enfermería en América Latina, especialmente a nivel de doctorado, han experimentado desarrollo y crecimiento tanto en la oferta del número de programas —lo que ha facilitado a nivel social comprender el ámbito y el alcance de la práctica de la enfermería— como en el aumento de la producción. Hasta el año 2012 fueron titulados 2 049 doctores en el área de enfermería en América Latina; no obstante, se han observado dificultades en la proposición de proyectos firmes y de impacto en la producción que permitan la incorporación del conocimiento producido en la práctica, así como en el desarrollo del sistema de evi-

dencias científicas. Así pues, surge la necesidad de ampliar la cooperación en investigación de los enfermeros latinoamericanos, ya que producir investigaciones integradas es una posibilidad de colaboración, no sólo para hacer avanzar las investigaciones mismas, sino también para alterar positivamente la realidad social de hoy en día y buscar la internacionalización de la producción científica nacional en áreas emergentes.

Además de la demanda por la mejor producción, se encuentran varias demandas editoriales recomendadas a las revistas de enfermería de América Latina. Éstas son:

- Utilizar prácticas apropiadas de publicación.
- Seguir los patrones éticos dictados por el comité responsable de experimentación en seres humanos (SCIELO, 2012) (2).
- Tener el control de los registros de ensayos clínicos, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (SCIELO) y del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (SCIELO).
- Adoptar las directrices internacionales para la presentación de artículos —a ejemplo de aquellas presentadas por la Red SCIELO— con el fin de mejorar la calidad de la información, disminuir el tiempo de publicación y detectar el plagio.
- Adoptar metodologías que ofrezcan alta resolución de texto y de imágenes y que amplíen el acceso de las revistas a través de dispositivos remotos, como teléfonos andróides —metodología PubMed Center.
- Usar palabras clave/descriptores adecuados, estandarizados e internacionalmente reconocidos —SCIELOESIELO, SCIELO, etc.
- Usar las normas internacionales de referencias —por ejemplo: Normas SCIELO, Estilo Vancouver, etc.
- Profesionalizar a los editores y al equipo técnico.
- Publicar contribuciones originales, que constituyan avances del conocimiento científico y que evidencien la importancia y la originalidad de la revista para el área temática respectiva.
- Aclarar el proceso de revisión por pares.
- Publicar en inglés además del idioma materno y en acceso abierto.

- Usar sistemas administrativos electrónicos para facilitar el flujo de trabajo desde la recepción hasta la aceptación del artículo.
- Difundir noticias sobre los artículos publicados en diversas fuentes interactivas de información —redes sociales, *blogs*, *fanpage*, videos. Divulgar noticias de artículos interesantes antes de su publicación —lo que suele denominarse *press release* o *ahead of print*.
- Indexar la revista en las principales bases de datos internacionales del área —WOS, SCOPUS, MEDLINE/ PubMed, SCIELO, LILACS, REV@ENF, CINHAL— y buscar la sostenibilidad de las revistas de enfermería en las mediciones.

Se considera que los desafíos aquí descritos podrán conquistarse al mejorar la producción del conocimiento, que resultará en el consecuente aumento de la calidad de los artículos publicados por las revistas y en la mayor aplicabilidad del conocimiento en la práctica. Por lo tanto, para cumplir la gran tarea de la divulgación de la Ciencia, los editores de revistas necesitan invertir en la mejoría de la calidad del proceso editorial y siempre ser innovadores. Las colaboraciones en investigación deberán ser justas y tendrán que capacitar el desarrollo de los científicos, apoyando sus carreras a través de oportunidades de investigación a largo plazo, de publicación y de construcción de grupos de investigación internacionales.

Referencias

(1) Marziale MH. Indicadores da produção científica ibero-americana. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2011 ago [acesso: 15 ene 2015];19(4):853-854. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400001&lng=pt&nrm=iso

(2) Wager E, Kleinert S (on behalf of COPE: Council Committee on Publication Ethics). Cooperation between research institutions and journals on research integrity cases: guidance from the Committee on Publication Ethics [guide on the Internet]. London: Committee on Publication Ethics; 2012 [access: 2015 Jan 15]. Available from: http://publicationethics.org/files/Research_institutions_guidelines_final.pdf <http://www.publicationethics.org.uk>

Atypical nature of coronary artery disease in women: a proposal for measurement and classification

**Atipicidad en la mujer
con enfermedad
coronaria: propuesta
de medición y
clasificación**

Atípica em mulheres
com doença cardíaca
coronária: medição
e proposta de
classificação

• Viviana Marycel Céspedes Cuevas¹ •

•1• Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: vmcespedesc@gmail.com, vmcespedesc@unal.edu.co

Recibido: 20/09/2011 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47855>



Abstract

Objective: To identify subgroups of women with Acute Coronary Syndrome according to symptom experience: perception, evaluation and response, based on the Symptom Management Conceptual Model.

Methodology: Quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study. The sample was made of 380 women positively diagnosed with Acute Coronary Syndrome, hospitalized in two institutions in Bogotá, Colombia. A measurement instrument was designed and validated.

Results: Final instrument was made of 37 items that reported content validity, scale validity, discriminant validity, and construct validity. A Cronbach's Alpha coefficient of 0,76 was obtained, which guarantees homogeneity in the measurement according to the *Maximum Validity-Maximum Reliability Model*. A total of 11 subgroups of women with Acute Coronary Syndrome were identified, those were characterized by atypical coronary heart disease symptomatology, evaluation processes related to extra-cardiac causes and inadequate symptom management strategies. It was possible to demonstrate that psychosocial factors, previous coronary heart disease and delays were variables making a significant influence on the components of symptom experience.

Conclusions: Women with Acute Coronary Syndrome, belonging to the 11 subgroups that were identified and studied, showed atypical symptoms. The instrument designed features a proven psychometric quality; it was valid, reliable, and useful for clinical research and practice.

Descriptors: Scales; Coronary Disease; Women's Health (source: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Identificar subgrupos de mujeres con Síndrome Coronario Agudo según la experiencia del síntoma: percepción, evaluación y respuesta, a partir del *Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma*.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal. La muestra fue de 380 mujeres con diagnóstico confirmado de Síndrome Coronario Agudo, hospitalizadas en dos instituciones de la ciudad de Bogotá, Colombia. Para la recolección de la información se desarrolló un instrumento de medición validado.

Resultados: El instrumento final constó de 37 ítems que reportaron validez de contenido, validez de escala, validez discriminante y de constructo. Se obtuvo un Coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,76, el cual garantizó homogeneidad en la medición de acuerdo con los valores de referencia del *Modelo de Máxima Validez-Máxima Confiabilidad*. Se identificaron 11 subgrupos de mujeres con Síndrome Coronario Agudo, caracterizados por sintomatología atípica de enfermedad coronaria, procesos de evaluación relacionados con orígenes extra-cardíacos y estrategias inadecuadas de manejo de los síntomas. Se evidenció que los factores psicosociales, la enfermedad coronaria previa y los tiempos de demora fueron variables influyentes sobre los componentes de la experiencia del síntoma.

Conclusiones: Los 11 subgrupos identificados evidenciaron atipicidad en las mujeres estudiadas con Síndrome Coronario Agudo. El instrumento desarrollado obtuvo una calidad psicométrica demostrada; fue válido, confiable y útil para la investigación y la práctica clínica.

Descriptores: Escalas; Enfermedad Coronaria; Salud de la Mujer (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Identificar os subgrupos de mulheres com Síndrome Coronariana Aguda na experiência da percepção dos sintomas, avaliação e resposta, do *Modelo Conceitual da Gestão Sintoma*.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. A amostra incluiu 380 mulheres com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda confirmada, e hospitalizadas em duas instituições da cidade de Bogotá, Colômbia. Para a coleta de dados, um instrumento de medição foi desenvolvido.

Resultados: O instrumento final foi composto por 37 itens que relatam a validade de conteúdo, validade da escala, discriminante e validade de construto. Um coeficiente de Cronbach Alpha de 0,76, o que garante a consistência na medição de acordo com os valores de referência do Modelo Validade de alta confiabilidade elevada foi obtida. Nos 11 subgrupos de mulheres com Síndrome Coronariana Aguda, caracterizados por sintomas atípicos de doença coronária, foram identificados processos de avaliação relacionados com extra-cardíacas e inadequadas estratégias de gerenciamento de origens e sintomas. Era evidente que os fatores psicosociais, doenças coronárias e atraso em vezes anteriores, foram variáveis influentes sobre os componentes da experiência do sintoma.

Conclusões: Os 11 subgrupos identificados mostram atípica estudada em mulheres com Síndrome Coronariana Aguda. O instrumento desenvolvido provou qualidade psicométrica, válido, confiável e útil para a pesquisa e a prática clínica.

Descritores: Escalas; Doença das Coronárias; Saúde da Mulher (fonte: DECS BIREME).

Introduction

Current research topic is about cardiovascular nursing and phenomenon under study is *Symptom Experience*. From a perspective of the *importance of field*, cardiovascular healthcare system has focused on the needs of male gender for making decisions dealing with diagnose, treatment and treating patients with cardiovascular diseases (1). In most research studies, women have been considered as a *mini-man*, therefore results of those investigations carried out in men have been extrapolated to women (2). This is due to the fact that women are believed to be less prone to cardiovascular disease. As a result, nursing in the cardiovascular field has been unaware of the importance of gender related issues, which makes difficult to deal with and treat on time the symptoms of Acute Coronary Syndrome (ACS) in female population (3).

Current study has a holistic approach to symptom treatment. It pays special attention to the person, symptom perception, its evaluation, and the range of possible treatments that should be started as a response, instead of what nurses think are the most urgent needs to be found as a result of what they know about the patient's pathology. Approach of the symptoms gives nurses opportunity to become competent in dealing with them helped by an approach that promotes search of creative ways to understand and appreciate the experience of ACS in women.

From the perspective of *social impact* of this study, it deals with worldwide epidemics (4). According to statistics, one person dies every minute from coronary disease in the world (5). It is impossible to understand whether anyone has in mind that this disease can be prevented to a large extent.

As to *knowledge contribution*, research in the field has always focused on the waiting time. The current study aims to understand complex behavioral phenomenon that precedes consultation (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Also, this work makes a contribution to the basic elements in psychometrical research and theoretical verification of the *Symptom Management Conceptual Model (SMC)* (13). These items make the present work a relevant and original clinical study that promotes qualification of nursing and generates a significant social and research contribution to the field of cardiovascular studies.

Research question

Which are the women subgroups with Acute Coronary Syndrome according to symptom perception, evaluation and response?

General objective

To identify women subgroups with Acute Coronary Syndrome according to symptom management: perception, evaluation and response, on the basis of the *Symptom Management Conceptual Model*.

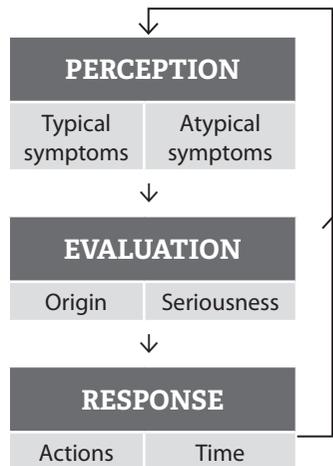
Conceptual framework

The SMC, developed by the Faculty of Nursing in the University of California, San Francisco, is foundation for this study. Such model states that symptoms must be studied as "subjective experiences that reflect changes in the bio-psychosocial functioning, sensations or cognition of an individual (13)".

This model studies three dimensions: *symptom experience*, *strategies of symptoms management*, and *symptoms results*. Also, it is based on the interaction of these three dimensions. It also states that such three dimensions depend on context external variables.

First dimension is *Symptom experience*. This has been thoroughly studied in the current research. Graphic 1 presents the algorithmic representation. It includes the individual's perceptions of symptoms, the evaluation of the meaning of symptoms and its response. These have a bidirectional relationship between them as well as with the environment.

Graphic 1. Algorithmic representation of the symptom experience



Source: Research data.

Materials and Methods

Current investigation was cross-sectional, quantitative, descriptive and exploratory. A group of women older than 20, who were diagnosed with ACS—those with evidence of more than 75% of injuries demonstrated for cardiac catheterization— and without complications was studied. This study had three phases: pilot pre-test, pilot test and main study. The study was carried out in cardiology service, intensive care units and chest pain units of two institutions in Bogotá, Colombia.

Despite the fact that this is a cross-sectional study, phenomenon under study was an event located in the past. For this reason, one of the threat factors which were identified in the study can be known as *maturation* (14). Also, another threat factor for this study could be possibility of a decrease in remembering original experience. This risk was lowered by choosing women who were hospitalized due to Acute Myocardial Infarction (AMI) or unstable angina.

Technological tools and programs for processing and analyzing data were: *SPSS* (*Statistical Product and Service Solutions*) and *AMOS* (*Analysis of Moment Structures*). Sampling was purposive. It was made up of women who fulfilled the requirements of inclusion and hospitalized in chosen institutions from March 2007 to August 2008.

A modification of sample size determination for *Finite Population Model* (15) was used to estimate sample size. In this model, standard deviation was used in order to calculate approximated error of the *Population Mean* (K). Variant proposed with this formula has the advantage that it is not required to consider the standard deviation as coming from a proportion. In addition to that, it is not necessary to know such proportion. Sample size for the pilot test was 81, (0,2 error, *acceptable*). For final study, sample was 380, (0,05 error, *optimum*). It was calculated from the standard deviation of the pilot test.

Research tool used was validated since there were not any assessment systems for the phenomenon under study and its original version had 76 items with dichotomous answers. 33 of them measured *Perception* in two subcategories named *Typical* and *Atypical symptoms*, 14 measured *Evaluation* in two subcategories named *Origin* and *Seriousness*, finally 29 measured *Response* in two subcategories named *Management* and *Waiting time*.

Framework analysis

The analysis processes for each of phases were as follows:

Content validity: it was calculated through an agreement between four expert nurses based on their cognitive competence and existing procedures in cardiovascular nursing field. Agreement between judges was reached by applying the Modified Lawshe's Content Validity Ratio (CVR) (16, 17) using a scale from 1 to 3. 1 was considered *necessary*, 2, *useful but not important*, and 3, *unnecessary*. Among panelists it was agreed that items exhibiting $CVR' \geq 0,58$ were the only ones accepted.

Scale validity: it was made by creating graphics and an interpretation of the items means according to each one of the theoretical dimensions—perception, evaluation and response—. Scale validity was analyzed based on *Wright & Stone interpretation* (18). It was used to focus the study on the quality of the theoretical criterion that supports the scale. A graphic was used to evaluate the quality of the scale validity. It represents items that are part of each dimension in the questionnaire in a map " p vs. item number". They are ordered from positive to negative in relation to p —average of positive answers in each item—. If there is a perfect scale, all items should be aligned in straight line that goes from lower $p = 0,2$ to upper $p = 0,8$.

Construct and discrimination validity: it was useful for the identification of item clusters. It was done through:

- *Analysis of discrimination validity by item-total correlation* (point biserial correlation). It aims at identifying sets of items that measure different features and have consistency in the group. However, they are not correlated to other features that are measured by other sets of items. Three different sets were created depending on the fact that they had positive correlation, negative correlation or low correlation (lower than 0,196) (19).
- *Identification of item clusters using factor analysis*. Method applied was Principal Components Analysis (PCA), as well as *Varymax* method of data rotation, in order to make interpretation easier. All factorial loads higher than $\pm 0,35$ (17) were selected. The procedure used to select items in each factor, where the loading was 2 or more factors, was selecting the item in the factor with higher loading (closer to 1 or -1) and a mathematical difference of factorial load above 0,01 in relation to the rest of the factors.

- *Mixture of groupings found using total-item correlational analysis and factor analysis.* The groupings were created by simple mixture technique.
- *Construction of the multitrait-multimethod matrix.* Based on Campbell and Fiske's proposal (21), it was developed a matrix that aimed at verifying construct and discriminant validity of the instrument used in the current study. Because of it, high inner dimension correlations were required as evidence of construct validity and low inter dimensional correlations when the traits are considered to be different and there was discriminant validity.

Reliability

Internal consistency and tool stability were estimated. Internal consistency was calculated by Cronbach's Alpha Coefficient (22, 23) in relation to the reference values of the maximal reliability-maximal validity model (24, 25) in each grouping identified and in total test. Stability was estimated by applying a test and re-test the third day of first measurement in those women who consented and who did not show new experiences of the Acute Coronary Syndrome symptoms during hospitalization. For this purpose, Pearson correlation coefficient was used.

Results

Table 1 presents main results of the research.

Content validity: Results showed that the content validity index for instrument of global measurement was 0,97. For each scale, estimation was 0,94 for perception, 0,85 for evaluation, and 0,94 for response. These values indicate that items are representative units of analysis of elements such as perception, evaluation and response to symptoms that were to be measured. In spite of the fact, 7 items showed content validity index 0,5 —according to the criterion, it would make them be left out—, it was decided that they were going to still being part of the instrument because in the pre-pilot test such items were significant in women with Acute Coronary Syndrome.

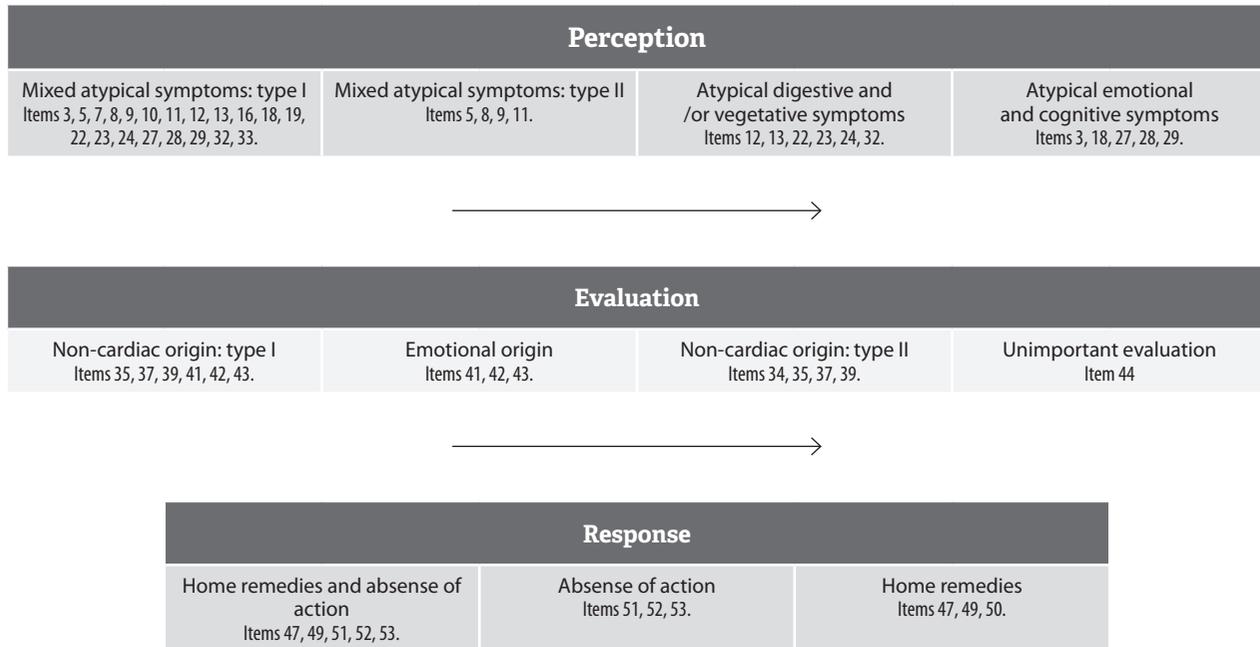
Scale validity: It was used to know objectively if the distribution of the items in each one of the theoretical dimensions matched a certain external theoretical criterion. If there was a perfect scale, all items had to be aligned in a straight line —20-80, which are theoretically, suggested values—. When items in questionnaire were far from straight line distribution, it was called into question whether it was or not a variable that defined a scale.

Table 1. Statistical strategies and results

Statistical Strategy	Results
Content and Scale Validity	
Content validity (cvr)	Perception: 0,94 Evaluation: 0,85 Response: 0,94 Global measurement: 0,97
Scale validity (scale design)	Perception: 26-87 Evaluation: 8-54 Response: 0-80 Modified response: 10-80 design Scale validity total: 20-80 design
Construct and Discriminant Validity	
Point Biserial Correlation (item total correlation)	Group 1. Perception: 0,80 Group 2. Evaluation: 0,67 Group 3. Evaluation: 0,94 Group 4. Response: 0,67
Factor analysis (variance explained)	Group 1. Perception: 15,31% Group 2. Perception: 6,94% Group 3. Perception: 6,49% Group 1. Evaluation: 30% Group 2. Evaluation: 14,77% Group 3. Evaluation: 12,35% Group 1. Response: 24,30% Group 2. Response: 13,57%
Confirmatory analysis (Campbell and Fiske's proposal and Pearson correlation)	Inside dimension: 0,2 to 0,91 Among dimension: 0,003 to 0,2
Reliability	
Stability (Pearson correlation)	Test-retest: 0,96
Internal Consistency (Maximal validity-Maximal reliability Model)	Group 1: 0,81 Group 2: 0,76 Group 3: 0,69 Group 4: 0,61 Group 5: 0,67 Group 6: 0,77 Group 7: 0,63 Group 8: 0,94 Group 9: 0,65 Group 10: 0,85 Group 11: 0,49 Perception: 0,70 Evaluation: 0,79 Response: 0,64 Total instrument: 0,76

Source: Research data.

Graphic 2. Subgroups of women with SCA according to the perception, evaluation, and response



Source: Research data.

Results displayed that components *perception* and *evaluation* showed a behavior scale in contrast to components *response* that behaves like a non-scale component, due to that behavior of *response* component an analysis on the nature of items was carried out. This showed that 58 out of 75 were non-scale items. For these reasons, it was decided to eliminate these 18 items from the tool so that they could be analyzed as contextual items.

The item distribution in component *response* was modified (11 items) in new tendency line, which makes adjustments in a 10-80 design. After changing to the third component, it can be stated that each of three theoretical components has an independent measurement scale. Three components in just one scale showed that instrument with 58 items fits in the 20-80 linear model design. Based on this, it can be said that a scale of measurement was created for symptom experience with its three components —*perception*, *evaluation* and *response*— in independent scale.

Construct and discriminant validity

Based on *Point Biserial Correlation*. 4 groupings were obtained: 1 for *perception*, 2 for *evaluation* —origin and seriousness— and 1 for *response*, which is confirmed

by the original structure of the *Symptom Management Conceptual Model*.

Based on *factor analysis*. 8 groupings were obtained: 3 for *perception*, 3 for *evaluation*, and 2 for *response*.

Mixing of groups. By mixing groups identified by the total-item correlation and factor analysis, the following groups were obtained (see Graphic 2):

- 4 groups for *perception* characterized by the presence of atypical symptoms. 2 groups were mixed atypical symptoms, 1 group with atypical digestive and/or vegetative symptoms, and 1 with atypical emotional and cognitive symptoms.
- 4 groups for *evaluation* characterized by evaluation with a non-cardiac origin and unimportant seriousness. 2 groups showed with evaluative process with non-cardiac origin, 1 group with emotional origin, and 1 group with unimportant evaluation.
- 3 groups of *response* were characterized by inadequate actions such as the use of home remedies and absence of action.

Another important finding was that there was warranty of discriminant and construct validity, as well

as the presence of 11 groups for *perception*, *evaluation*, and *response* of women with Acute Coronary Syndrome, which were useful to direct practice. It is worth highlighting that there were four items left out in the process of building the groups. Such items did not fulfill the requirements of discriminant and construct validity.

Confirmatory analysis. Based on Campbell and Fiske's proposal, a matrix was developed. It aimed at corroborating construct and discriminant validity. For that, high intra dimension correlations were demanded as evidence of construct validity and low inter dimension correlations as evidence of discriminant validity.

High Pearson correlations can be seen (higher than 0,196) inside each theoretical component, which is evidence of construct validity. In the same way, low Pearson correlations are low (lower than 0,196) among different theoretical components. This shows presence of discriminant validity.

Reliability. Stability and internal consistency were estimated. Stability was calculated by applying a test-retest the third day after first measurement in those women who consented and who did not show new experience of the symptoms of Acute Coronary Syndrome during hospitalization. Stability in items of the instrument was calculated with Pearson correlation coefficient 0,96. Perfect correlation between pre-test and post-test was proven.

Internal consistency was estimated by means of calculating the Alpha Crombach's coefficient taking into account the reference values of Maximal Validity-Maximal Reliability Model in each of identified groups and in total test.

As to reliability per grouping (from 0,5 to 0,94), per theoretical dimension (from 0,64 to 0,70) and total one from original instrument (0,76), it can be stated that it fits in the reference values of the Maximal Validity-Maximal Reliability Model. This displays the optimum internal consistency or homogeneity in measurement.

Maximal Validity-Maximal Reliability Model allowed evaluation of reliability required based on a determined validity. This avoids metric redundancy, which can be generated when increasing the length of tests. Final instrument was made up of 37 items: 20 about *perception*, 11 about *evaluation* and 6 about *response* (see Graphic 3).

Graphic 3. Symptom experience's instrument in women with ACS: *perception, evaluation and response* (final version in Spanish)

Cód.	Items	Sí	No
DIMENSIÓN I: PERCEPCIÓN			
Quando todo comenzó, usted sintió			
3	dolor o molestia en cualquier parte del pecho.		
5	dolor o molestia en el cuello.		
7	dolor o molestia en la mandíbula inferior.		
8	dolor o molestia en la cabeza.		
9	dolor o molestia debajo del seno.		
10	dolor o molestia en la boca del estómago.		
11	palpitaciones.		
12	pérdida del apetito.		
13	indigestión.		
16	tos.		
18	incapacidad para moverse.		
19	entumecimiento.		
22	deseos de vomitar.		
23	vómito.		
24	mareo.		
27	miedo inusual.		
28	depresión.		
29	angustia.		
32	escalofrío.		
33	sensación de calor.		
DIMENSIÓN II: EVALUACIÓN			
Origen de los síntomas. Usted creyó que la causa de lo que estaba sintiendo era			
34	problema cardíaco.		
35	problema del estómago o indigestión.		
37	gripa o resfriado.		
39	problema de respiración.		
41	estrés o sobrecarga de trabajo.		
42	preocupaciones personales.		
43	fatiga.		

Cód.	Items	Sí	No
Seriedad de los síntomas. Usted consideró que lo que estaba sintiendo era			
44	insignificante.		
45	dañino.		
46	amenazante.		
76	sensación de muerte.		
DIMENSIÓN III: RESPUESTA Acciones de respuesta. Para responder a lo que estaba sintiendo, lo que usted hizo fue			
47	ignorarlos.		
49	tomar remedios caseros.		
51	tomar agua.		
52	respirar profundamente.		
53	esperar a que pasara.		
56	llamar una ambulancia.		

Source: Research data.

Conclusions and Contributions

Methods. Creating instrument for the project was an important result from research. For this, a series of methodological strategies were used, those aimed at looking for warranties of validity and reliability so that it could be applied. Analyzing this study from measurement, it can be said that a valid, objective, reliable and a high quality instrument was designed.

Theory. By using same strategies for creating instrument and assuring construct and discriminant validity, 11 groupings of women with ACS were created. That made possible to understand different types of perception, evaluation and response to symptoms. These findings showed to nursing area that:

- The so-called *atypical* symptoms become the typical ones in the female gender.
- Heart attacks in women are not properly identified.
- Women can assume self-care behavior; can also seek for professional assistance or not to take any self-care behavior at all when ACS symptoms appear.

- Women try to create a hypothesis about their symptoms and to minimize them; that might increase the waiting time.

Women subgroups with ACS—based on three elements of symptom experience—are a tool to redirect nursing practice.

From nursing area. Results of this research generate a revolution in cardiovascular nursing, specifically in evaluation, classification systems and education settings. With products of the research there is a new opportunity for change, since more accuracy can be given to the measurement of the phenomenon. This provides valid and reliable evaluations to identify seriousness of classification systems and identification of education issues that can be adjusted to real needs.

A transformation in basic semiology of cardiovascular nursing will be source of deep changes, not only in evaluation and consequent diagnose treatment and prognosis of women with Acute Coronary Syndrome, but also in redirecting the contents of education. These possibilities open new opportunities to have a more specific, relevant and pertinent nursing to women with coronary disease.

References

- (1) Shirato S, Swan BA. Women and cardiovascular disease: an evidentiary review. *Medsurg Nurs.* 2010;19(5):282-286.
- (2) Gallagher R, Marshall AP, Fisher MJ. Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time. *Heart Lung.* 2010;39(6):477-488.
- (3) Carter LW, Ski C, Scruth E, Campbell M, Page K. Systematic review of cardiovascular disease in women: assessing the risk. *Nurs Health Sci.* 2011 Dec;13(4):529-535.
- (4) Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *J Adv Nurs.* 2005;51(4):382-395.
- (5) Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Rev Esp Cardiol [revista en Internet].* 2006 [acceso:17 sep 2009];59(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/enfermedades-cardiovasculares-mujer-por-que/articulo/13086083/>

- (6) Turrís SA. Women's decisions to seek treatment for the symptoms of potential cardiac illness. *J Nurs Scholarship*. 2009 Mar;41(1):5-12.
- (7) Burnett RE, Blumenthal JA, Mark DB, Leimberger JD, Califf RM. Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1995;75(15):1019-1022.
- (8) Dracup K, Moser DK, McKinley S, Ball C, Yamasaki K, Kim CJ *et al*. An international perspective on the time to treatment for acute myocardial infarction. *J Nurs Scholarship*. 2003;35(4):317-323.
- (9) Rosenfeld AG. Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction: decision trajectories and their predictors. *Nurs Res*. 2004;53(4):225-236.
- (10) Askham J, Kuhn L, Frederiksen K, Davidson P, Edward KL, Worral L. The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome. *J Clin Nurs*. 2010 May;19(9-10):1352-1361.
- (11) DiGiacomo M, Davidson PM, Zecchin R, Lamb K, Daly J. Caring for others, but not themselves: implications for health care interventions in women with cardiovascular disease. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:1-5.
- (12) Kling JM, Miller VM, Mankad R, Wilansky S, Wu Q, Zais TG *et al*. Go red for women cardiovascular health-screening evaluation: the dichotomy between awareness and perception of cardiovascular risk in the community. *J Womens Health*. 2013 Mar;22(3):210-218.
- (13) Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J *et al*. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-676.
- (14) Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2000.
- (15) Tristán LA. Cálculo del tamaño de muestra y establecimiento de criterios y el problema del tamaño de la población. Guía de usuario Kalt Criterial®. México D.F.: Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada San Luis Potosí; 2003.
- (16) Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975;28(4):563-575.
- (17) Tristán LA. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Av Med*. 2008;6(1):37-48.
- (18) Wright BD, Stone MH. Making measures. Chicago: The Phaneron Press; 2004.
- (19) Tristán LA, Vidal UR. Manual de fórmulas de correlación: Correlación punto-biserial. Victoria: Trafford; 2006.
- (20) Cea MA. Análisis multivariable: teoría y práctica en la investigación social. Madrid: Editorial Síntesis; 2002.
- (21) Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull*. 1959 Mar;56(2):81-105.
- (22) Cronbach LJ, Shavelson RJ. My current thoughts on coefficient Alpha and successor procedures. *Educ Psychol Meas*. 2004 Jun;64(3):391-418.
- (23) Barragán JA, Manrique FG. Validez y confiabilidad del SERVQHS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av Enferm*. 2010;28(2):48-61.
- (24) Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297-334.
- (25) Céspedes VM. Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. *Av Enferm*. 2012;30(2):25-38.

Experiencia con la implementación del uso de soluciones estandarizadas de cloruro de potasio

A experiência com
a implementação
da normalizada,
utilizando soluções
de cloreto
de potássio

Experience with
implementation
of standardized
using potassium
chloride solutions

• Érika Alejandra del Río Crespo¹ • Paula Andrea Granda Carvajal² •
• Sergio Andrés Castañeda Garcés³ •

• **1** • Especialista en Gestión Humana, Procesos y Productividad. Enfermera, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. e-mail: edelrio@hptu.org.co

• **2** • Candidata a Magíster en Calidad en Salud. Jefe de Sección Medicina Interna Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

• **3** • Químico Farmacéutico, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

Recibido: 20/01/2012 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48648>



Resumen

El cloruro de potasio es un medicamento de alto riesgo que se utiliza frecuentemente en los hospitales. En el Hospital Pablo Tobón Uribe se conformó un grupo para liderar la implementación de una práctica segura para el uso de este medicamento. Inicialmente, se realizó un diagnóstico y con sus resultados se definió el retiro de las ampollas de cloruro de potasio de las unidades asistenciales, la prescripción de mezclas estandarizadas con este electrolito para pacientes pediátricos y adultos y su preparación centralizada por el Servicio Farmacéutico. Se hizo un seguimiento para evaluar la adherencia a la práctica implementada, en el que se encontró un cumplimiento del 91,2%, sin presencia de viales almacenados en las unidades donde se restringió; además, se encontró la no influencia en las tasas de flebitis en comparación con meses previos al uso de estas mezclas y el reconocimiento de los riesgos inherentes al uso de un medicamento como el cloruro de potasio dentro del personal asistencial. En el momento actual, esta práctica continúa ejerciéndose en la institución, aunque se han tenido mejoras de acuerdo a los hallazgos en los seguimientos realizados. Por lo tanto, es modelo a seguir para la implementación de otras medicaciones y mezclas que contienen electrolitos.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos; Errores de Medicación; Prescripciones de Medicamentos; Potasio (fuente: DECS BIREME).

Resumo

O cloreto de potássio é um medicamento de alto risco e frequentemente usado em hospitais. No Hospital Pablo Tobón Uribe, um grupo foi formado para liderar a implementação de práticas seguras para o uso deste medicamento. Inicialmente, o diagnóstico foi feito e os seus resultados da remoção da unidade de cloreto de potássio ampolas cuidado, a prescrição padronizada com estas misturas eletrólitos para pacientes pediátricos e adultos, e sua preparação centralizada da Assistência Farmacêutica foi definida. Foram seguidos para avaliar a adesão à prática implementada, por encontrar uma realização de 91,2%, sem a presença de frascos armazenados nas unidades, e a influência da utilização dessas misturas foi restrita ou não teve influência sobre as taxas de flebite em comparação com meses anteriores. Além disso, deu-se o reconhecimento dos riscos inerentes ao uso de uma droga, como cloreto de potássio, dentro da equipe assistencial. Atualmente, ainda que esta prática continua sendo exercida na instituição, há algumas melhorias, de acordo com as conclusões dos acompanhamentos. É um modelo para a implementação com outros medicamentos e misturas que contenham eletrólitos.

Descritores: Segurança do Paciente; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Erros de Medicação; Prescrições de Medicamentos; Potássio (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Potassium chloride is a high-risk medication frequently used in hospitals. In the Hospital Pablo Tobón Uribe, a group was formed to lead the implementation of a safe practice for the use of this medicine. Initially a diagnosis was made, whose results were the removal of potassium chloride ampoules from the care unit, the prescription of standardized electrolyte mixtures for pediatric and adult patients, and their centralized preparation by the Pharmaceutical Service defined. It was followed to assess adherence to the practice implemented by finding a fulfillment of 91,2%, without the presence of vials stored in the units was restricted and no influence was found on phlebitis rates compared to previous months of the use of these mixtures. In addition, it was recognized the inherent risks of the use of a drug such as potassium chloride within the care team. At present, this practice is still exerted at the institution; there have been improvements in accordance with the findings in the monitoring process. It is model for implementation with other medications and mixtures containing electrolytes.

Descriptors: Patient Safety; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions; Medication Errors; Drug Prescriptions; Potassium (source: DECS BIREME).

Introducción

En el informe *To err is human* publicado por el Instituto de Medicina (IOM) de los EE. UU., se estimó que entre 1998 y 1999 murieron cerca de 98 000 personas en ese país por errores en la atención en salud ocurridos en los hospitales; 20 de cada 100 de estos eventos adversos se relacionaban con el uso de medicamentos (1). En 1995, el Estudio de Prevención de Eventos Adversos a Medicamentos que evaluó pacientes hospitalizados de dos grandes centros en los EE. UU. encontró una prevalencia de 6,5% de eventos relacionados con medicamentos, de los cuales el 28% eran prevenibles. Para el año 2005, el reporte *Preventing Medication Errors* del IOM encontró que ocurrían 1,5 millones de eventos adversos relacionados con medicación por año en EE. UU., considerando contextos combinados (2). El estudio IBEAS encontró que la prevalencia global de eventos adversos en hospitales de cinco países de Latinoamérica fue de 10,5%: a diferencia de investigaciones realizadas en otras latitudes, la presencia de errores en la medicación fue menor (3).

Los errores de medicación se refieren a cualquier hecho que pueda ocasionar un uso inapropiado de medicamentos y un daño al paciente, mientras la medicación está bajo el control del profesional de la salud, del paciente o del consumidor —cuidador de salud— o en cualquier parte de la cadena del medicamento (4). Los eventos adversos relacionados con medicamentos pueden presentarse en cualquier población, tienen un amplio espectro de severidad, impactan los costos en salud, pueden prolongar el tiempo de recuperación del enfermo y generar hospitalizaciones o reconsultas innecesarias (4, 5). Por su impacto en el individuo, en las poblaciones y en los sistemas, diferentes organizaciones mundiales han diseñado y recomendado estrategias para minimizar la presentación de errores y eventos adversos relacionados con medicamentos.

De las nueve soluciones para la seguridad del paciente proferidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuatro están relacionadas con el uso de medicación e incluyen el control de las soluciones concentradas de electrolitos (6). El *Leapfrog Group* recomienda la participación activa del químico farmacéutico en la prescripción y administración de medicamentos y el uso de dosis estandarizadas para disminuir los riesgos de errores asociados a medicamentos dentro de las 27 subprácticas clínicas para aplicar en los hospitales (7). La campaña *5 Million Lives Saved* del *International Healthcare Improvement* (IHI) ha promovido seis estrategias y, al igual que la *Joint Commission International* (JCI), incluye el manejo de los medicamentos de alto riesgo (8).

Los medicamentos de alerta alta son aquellos que cuando no se manejan adecuadamente tienen mayor riesgo de causar consecuencias no deseadas y potencialmente prevenibles a los pacientes. Entre éstos se encuentran los medicamentos anticoagulantes, sedantes-hipnóticos y anestésicos, las insulinas y soluciones concentradas de electrolitos, incluyendo el potasio (8-10).

El potasio es el principal catión intracelular en el cuerpo humano, está involucrado en el mantenimiento del equilibrio hídrico, osmótico y ácido-base; también participa en la transmisión del impulso nervioso a través de los potenciales de acción en el organismo, lo que le permite intervenir en la contracción muscular y en la regulación de la actividad neuromuscular. La deficiencia de potasio en el cuerpo puede producir debilidad muscular, fatiga, astenia, calambres, íleo, estreñimiento, anomalías en el electrocardiograma, arritmias cardíacas y, en situaciones graves, parálisis respiratorias y alcalosis. El exceso del ión o *hipercaliemia* es uno de los trastornos electrolíticos más graves y puede ser causado por aumento del aporte (oral o parenteral). Por lo general, las manifestaciones clínicas aparecen con niveles mayores a 6,5 meq/L, las principales son: cambios en el electrocardiograma, arritmias ventriculares y asistolia; parestesias, debilidad, falla respiratoria y, a nivel gastrointestinal, náuseas y vómitos (11-13).

El cloruro de potasio concentrado ha sido identificado como de alto riesgo por organizaciones de Australia, Canadá y el Reino Unido. Las soluciones que lo contienen están presentes en sustancias de uso diario en los hospitales, como los líquidos intravenosos, la nutrición parenteral y las soluciones de cardioplejía (10). En los Estados Unidos se reportaron diez muertes de pacientes ante la *Joint Commission* por administración incorrecta de solución de cloruro de potasio concentrado en los dos primeros años de su programa de denuncia de eventos centinela: 1996-1997. Además, en los estados donde está permitida la pena capital, se utiliza la inyección letal que incluye cloruro de potasio concentrado, el cual genera paro cardíaco. En Canadá ocurrieron 23 incidentes relacionados con la administración incorrecta de cloruro de potasio entre 1993 y 1996 (8, 10, 14). Teniendo en cuenta estos antecedentes, en el mundo se han diseñado diversas estrategias para minimizar la ocurrencia de eventos relacionados con este catión (11, 15, 16).

Desde el año 2006, en el Hospital Pablo Tobón Uribe se centralizó la elaboración de nutrición parenteral en la central de preparaciones magistrales que cumplen las prácticas sugeridas por la *American Journal of Health System Pharmacy*, con la participación de un equipo interdisciplinario que incluye químicos farmacéuticos y nutricionistas clínicos. Esto favoreció la disminución en la variabilidad de las preparaciones y aseguró la entrega de una mezcla con

los componentes específicos requeridos por el paciente y una técnica aséptica adecuada, a la vez que ha disminuido los riesgos por exposición del personal y ha generado la optimización en el uso de todos los recursos (17).

En este hospital, los líquidos endovenosos con cloruro de potasio, en solución concentrada o no, continuaban siendo preparados por el personal de enfermería en cada unidad de acuerdo a los requerimientos de los pacientes. Ésta es una práctica habitual en el mundo que tiene múltiples riesgos implícitos: errores de prescripción —como confusión en unidades de medida miliequivalente (meq) y mililitro (mL)—, equivocada interpretación de las órdenes de preparación, problemas de dilución, potencial sobredosificación y administración por vía incorrecta.

Adicionalmente, esto implicaba toma de decisiones por fuera de las guías, múltiples prescripciones e interpretaciones, interrupción de las actividades asistenciales del cuidado directo al paciente por parte del personal de enfermería para realizar las diluciones, exposición a medicamentos de alto riesgo sin control de su manejo y alto volumen de residuos de las ampollas *unidosis*. Teniendo presente las situaciones previamente descritas, el uso de soluciones que contienen potasio puede generar daño a los pacientes, por lo tanto parece válido replicar la experiencia de preparación centralizada de nutrición parenteral al manejo de las mezclas con cloruro de potasio (11, 15, 18, 19).

De acuerdo a los riesgos e impactos de la administración de medicamentos que contienen cloruro de potasio descritos en la literatura, se decidió formar un grupo líder conformado por una enfermera, un médico internista y un químico farmacéutico para diseñar e implementar medidas de intervención para disminuir los riesgos. Las principales estrategias fueron: la estandarización de la prescripción de las mezclas que contenían cloruro de potasio de acuerdo a las necesidades clínicas de los pacientes; el retiro de las ampollas de cloruro de potasio almacenado en las unidades asistenciales; y la preparación centralizada desde servicios farmacéuticos de las mezclas, identificadas con un rótulo diferenciador.

Así pues, el objetivo del presente estudio fue describir la experiencia y los resultados obtenidos con la implementación de la estrategia de uso de soluciones estandarizadas con cloruro de potasio en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

Metodología

El Hospital Pablo Tobón Uribe es una fundación privada sin ánimo de lucro ubicada en la ciudad de Mede-

llín, Colombia. Es un hospital universitario de carácter general, de 3^{er} y 4^{to} nivel de complejidad. Contiene 350 camas, de las cuales 56 corresponden a Cuidado Crítico Adulto y 82 pediátricas, de las que 20 son de Cuidado Crítico. El promedio mensual de egresos hospitalarios es de 1 000. La institución presta servicios a pacientes de todos los estratos socioeconómicos y de todas las especialidades médicas conocidas, excepto psiquiatría y obstetricia.

Durante dos semanas del mes de enero del 2009, se revisaron las historias clínicas electrónicas de los 536 pacientes que recibieron prescripciones de soluciones que contenían cloruro de potasio en todo el hospital. Esto se hizo con el objetivo de establecer la frecuencia de las mezclas utilizadas, los errores potenciales y los volúmenes de elaboración desde las unidades asistenciales, por lo cual se excluyeron las mezclas cuya preparación comercial estuviera disponible. Simultáneamente, se realizó un trabajo en campo para conocer la disposición de ampollas de cloruro de potasio en cada unidad asistencial.

Con los resultados de esta primera fase, se estableció una política de uso seguro de cloruro de potasio como medicamento de alto riesgo, que incluye:

1. Definición de las mezclas estándar, con concentraciones variables de cloruro de potasio en diversas presentaciones. Teniendo en cuenta que la presentación comercial disponible en Colombia de cloruro de potasio inyectable es de 2 meq/

Figura 1. Etiqueta para mezclas estandarizadas con cloruro de potasio



mL en ampollas de 10 mL y minibolsas de 50 mL, se decidió estandarizar las siguientes soluciones para pacientes pediátricos y adultos:

- *Cloruro de potasio 15 meq* en 500 mL de Cloruro de sodio al 0,9%, Dextrosa al 5% y Lactato Ringer.
 - *Cloruro de potasio 20 meq* en 1 000 mL de Cloruro de sodio al 0,9% y Lactato Ringer.
 - *Cloruro de potasio 40 meq* en 1 000 mL de Cloruro de sodio al 0,9%.
 - *Cloruro de potasio 40 meq* en 100 mL de Cloruro de sodio al 0,9%.
 - *Cloruro de potasio 10 meq + Cloruro de sodio 20 meq* en 500 mL de Dextrosa al 5% (Sol. 40/20) solución de uso pediátrico.
 - *Cloruro de potasio 15 meq + Cloruro de sodio 30 meq* en 500 mL de Dextrosa al 5% (Sol. 60/30) solución de uso pediátrico.
2. Retiro de las ampollas de cloruro de potasio de todas las unidades asistenciales a excepción de Cuidado Crítico y Cirugía, servicios donde es necesario su almacenamiento para soportar la atención de pacientes en situación de salud emergente; allí permanecen rotuladas como medicamento de alto riesgo y bajo llave. En casos excepcionales, según las necesidades del paciente, se dispensan desde servicios farmacéuticos las ampollas de cloruro de potasio 2 meq/mL para preparación en la unidad asistencial por un profesional de enfermería.
 3. Asegurar la preparación de las mezclas en la central de preparaciones magistrales, garantizando su esterilidad mediante el uso de cabinas de flujo laminar y una adecuada técnica aséptica. A su vez, se identificó cada solución de acuerdo a la norma farmacopeica USP especificando nombre de la solución, composición, concentración, volumen, osmolaridad, estabilidad, responsable de la elaboración y una leyenda de advertencia, como lo muestra la Figura 1(20, 21).
 4. Divulgar la práctica a médicos generales y especialistas clínicos/quirúrgicos, de quienes se recibieron las sugerencias para ajuste; posterior socialización al personal no asistencial que ejecuta el proceso usual de solicitud de medicamentos —aseguradores, interventoría, contratación, secretarías, regentes de farmacia— y al personal de enfermería como administrador directo.

Tabla 1. Fases y actividades de implementación de la práctica segura

Fases	Actividades desarrolladas
Preparación	Línea Base-Diagnóstico, revisión de frecuencia de las mezclas, errores potenciales, volumen de elaboración.
	Observación en campo para conocer la disponibilidad de ampollas de cloruro de potasio en cada unidad asistencial.
	Política de uso seguro de cloruro de potasio como medicamento de alto riesgo.
Implementación	Definición de las mezclas estándar, con concentraciones variables de cloruro de potasio en diversas presentaciones.
	Retiro de las ampollas de cloruro de potasio de las unidades asistenciales, excepto unidades de cuidado crítico y cirugía. Permanecen rotuladas como medicamento de alto riesgo y bajo llave.
	Preparación centralizada en la Central de Preparaciones Magistrales.
	Identificación de las soluciones por medio de una etiqueta.
Evaluación	Socialización de la práctica a médicos generales y especialistas clínicos/quirúrgicos.
	Seguimiento a la adherencia de la prescripción de soluciones estandarizadas.
	Seguimiento a otras variables: Flebitis. Motivo y frecuencia del uso de soluciones. Estabilidad y esterilidad de las mezclas.

5. Para evaluar la adherencia al cumplimiento de esta práctica segura, se decidió realizar un seguimiento durante el primer mes de la implementación y continuarlo cada seis meses para definir ajustes y acciones de mejora en el proceso. Las variables contempladas para evaluar fueron: *el motivo y la frecuencia de uso de las soluciones, la adherencia a la prescripción según las normas es-*

tablecidas en la política, la presencia de flebitis y la estabilidad y esterilidad de las mezclas.

Durante un período de 30 días, se hizo la respectiva revisión diaria en todas las historias clínicas que tenían prescripción de mezclas con cloruro de potasio, buscando la información correspondiente a las variables por evaluar. Del total de prescripciones, se tomó una muestra del 10% de las historias clínicas de pacientes de todas las edades, para determinar el motivo de uso de las soluciones estándar. Las mezclas con cloruro de potasio ordenadas se discriminaron entre las que no se adherían a las soluciones estandarizadas y se prescribían de manera diferente a lo indicado. Las flebitis se midieron de acuerdo a las recomendaciones y clasificación del *Control Disease Center* (CDC) de Atlanta (EE. UU.). La esterilidad de las mezclas se evaluó a través de pruebas microbiológicas pasados 14 días de la elaboración.

Los resultados se presentaron por frecuencias y porcentajes. A partir de los hallazgos encontrados, se decidió continuar con esta práctica dentro de la institución. No hubo aspectos éticos relevantes en esta práctica y se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del hospital para la implementación.

Resultados

En el diagnóstico realizado en el mes de enero de 2009, se encontraron 550 prescripciones de mezclas con cloruro de potasio, 358 ordenadas para adultos y 192 para niños. 379 mezclas (58%) eran comercialmente disponibles, por lo tanto se excluyeron del análisis. De las 171 mezclas restantes, 110 (64%) contenían cloruro de potasio concentrado: 41 (37,3%) lo contenían en suero mixto y 40 (36,4%) en suero fisiológico —cloruro de sodio al 0,9% o Dextrosa en agua destilada al 5%—, 3 (2,7%) contenían Lactato Ringer con Dextrosa al 5%, 1 (0,9%) contenía Lactato Ringer con salino, 4 (3,6%), con cloruro de sodio concentrado, 7 (6,4%), con cloruro de sodio al 0,45% y 14 (12,7%) contenían heparina 0,5 mL en 250 mL de cloruro de sodio.

En las prescripciones de pacientes pediátricos se identificaron 41 mezclas, de las cuales 32 eran solución 40/20 —5 mL de cloruro de potasio, 10 mL de cloruro de sodio en 500 mL Dextrosa en agua destilada al 5%— y 9 eran solución 60/30 —7,5 mL de cloruro de potasio, 15 mL de cloruro de sodio en 500 mL Dextrosa en agua destilada al 5%.

Posterior a este diagnóstico, se implementaron las medidas para gestionar el uso seguro de cloruro de potasio

Tabla 2. Concentraciones de potasio alcanzadas y motivo de prescripción de las soluciones estándar

	Adultos	Niños
Mezclas ordenadas	356	192
Muestreo (10%)	35	19
Por hipocalcemia	24 (69%)	2 (10%)
Potasio entre 3,5-5,1 †	15 (63%)	1 (50%)
Potasio mayor de 5,1	3 (12%)	1 (50%)
Potasio menor de 3,5 †	6 (25%)	0
Para sostenimiento	11 (31%)	17 (90%)
Potasio entre 3,5-5,1	8 (72%)	11 (65%)
Potasio mayor de 5,1	0	1 (6%)
Potasio menor de 3,5	2 (18%)	0
No medido	1 (9%)	5 (29%)

como medicamento de alto riesgo, proceso que tomó cerca de seis meses. Para los adultos se estandarizaron cuatro soluciones y para los pacientes pediátricos, dos, los cuales se incluyeron en el vademécum del hospital y en la herramienta de historia clínica electrónica para la prescripción. A las soluciones más concentradas se les adicionó una alerta de seguridad desde la orden médica para que sólo fueran administradas por vía venosa central. Además, se estableció un sistema de codificación para la solicitud y facturación de estas mezclas.

Una vez implementada la práctica, durante el mes de septiembre de 2009 se realizó un seguimiento dos veces al día de todas las órdenes de prescripción de mezclas con cloruro de potasio. Se prescribieron 548 mezclas estandarizadas, 356 en adultos y 192 en niños, con un cumplimiento de la política del 91,2% —500 soluciones— y 8,8% de no cumplimiento —48 soluciones—. En éstas, se identificaron 3 soluciones por fuera del estándar y las demás se ajustaron a las mezclas establecidas.

En los adultos se encontró que la prescripción más frecuente de soluciones con cloruro de potasio fue para el tratamiento de hipocalcemia en diferentes rangos clínicos, mientras que en los niños, para reposición basal de líquidos. Al finalizar el tiempo de seguimiento, en los adultos a quienes se prescribió potasio por tener hipocalcemia, el 63% tenía rangos séricos terapéuticos de potasio entre 3,5 y 5,1 meq/L, el 25% contaba con potasio menor de 3,5 meq/L y el 12% era mayor de 5,1 meq/L. Con relación a los niños, para quienes se administraban líquidos endovenosos con cloruro de potasio para sos-

tenimiento, el 65% tenía niveles terapéuticos y el 6% estuvo por encima de lo esperado. La Tabla 2 presenta las concentraciones de potasio alcanzadas después del suministro de las soluciones de potasio, discriminadas en adultos y niños, según el motivo de la administración de la mezcla.

Se realizó una prueba de esterilidad de los contenidos de las mezclas los días 1, 14 y 28 de la preparación, en los que se encontró ausencia de crecimiento microbiano durante el periodo de la incubación de las soluciones tamizadas. Durante el seguimiento se presentaron en todo el hospital seis casos de flebitis química y cuatro de bacteriana, de las que en tres casos respectivamente los pacientes recibían infusión de mezclas con cloruro de potasio estandarizadas. La tasa de flebitis bacteriana pasó de 0,9 por 1 000 días estancia en el mes de agosto de 2009 a 0,5 por 1 000 días estancia en el mes siguiente que correspondía al del seguimiento. Desde la fecha de la implementación de la práctica, en las auditorías internas realizadas a los botiquines, no se ha encontrado almacenamiento de cloruro de potasio en las unidades en las cuales se restringió.

Discusión

El cloruro de potasio como medicamento de máxima alerta tiene un problema similar al que se presenta con otras medicaciones, dado que existen diversas presentaciones, prescripciones, preparaciones y formas de administración. Minimizar esta variabilidad estandarizando las mezclas disponibles permite disminuir la exposición y controlar el riesgo de incidentes y eventos adversos por medicamentos durante el proceso de atención.

Previo al inicio de esta práctica, el personal de enfermería en cada una de las unidades asistenciales preparaba las soluciones y diluía las ampollas de cloruro de potasio concentrado que estaban disponibles en los botiquines, de acuerdo a la orden de prescripción, para suplir las necesidades de los pacientes. Esto implicaba interrupciones de las actividades asistenciales de cuidado directo al paciente para realizar la dilución con la respectiva sobrecarga de trabajo, exposición y manipulación de medicamentos de alto riesgo sin control de su manejo y alto volumen de desechos o residuos de los viales *unidosis*, todo lo cual potenciaba el riesgo de error (22, 23).

Mediante el uso estandarizado de soluciones con cloruro de potasio por parte del personal asistencial, se logró disminuir el riesgo de errores al limitar las mezclas que se pueden prescribir —cuatro para adultos y dos para pacientes pediátricos—, al retirar las ampollas de

cloruro de potasio de los botiquines, al preparar las soluciones en la central de preparaciones magistrales de Servicios Farmacéuticos, al dispensar y al administrar de acuerdo a una orden médica. Se logró una adherencia de 91,2% de la práctica segura por parte del personal asistencial y seguimiento periódico con mejora de acuerdo a los hallazgos.

Al comparar nuestra experiencia con otras instituciones de salud en el mundo, se encontró que en la Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona, España) suelen utilizar sólo dos soluciones con concentraciones de 40 meq/L y 20 meq/L de cloruro de potasio. En diferentes hospitales de Estados Unidos se adhieren a mezclas estandarizadas en presentación comercial con concentraciones variadas 20 meq/L, 30 meq/L, 40 meq/L en solución salina del 0,9% y soluciones mixtas.

En la búsqueda a través de *Cochrane*, *MEDLINE/Pubmed* y *scielo* sólo se documentaron dos artículos relacionados que utilizaron una estrategia similar a la nuestra. Estos estudios fueron realizados con soluciones estandarizadas con cloruro de potasio, fundamentalmente en pacientes adultos, utilizando preparaciones comerciales y con altas concentraciones de potasio. En la investigación realizada por la Unidad de Mejoramiento de la Calidad del Hospital HaEmek de Israel, removieron todas las ampollas de cloruro de potasio concentrado en las áreas clínicas —excepto Pediatría, Cuidado Crítico y Neonatos—. Además, incrementaron la disponibilidad de cloruro de potasio en soluciones premezcladas preparadas de forma centralizada en un laboratorio externo y la preparación de mezclas individualizadas sólo en la central de Servicios Farmacéuticos (18).

En la Unidad de Hematología del *Royal Brisbane and Women's Hospital* en Australia identificaron múltiples oportunidades de error en la administración intravenosa de potasio y falta de estandarización, por lo tanto diseñaron estrategias de seguridad que incluían un nuevo sistema de prescripción y monitorización con el cálculo de las dosis, el soporte al prescriptor y las órdenes pre-impresas, retiro de las ampollas de potasio y uso de bolsas con pre-mezclas, doble verificación de la administración por personal de enfermería independiente, etiquetado específico de líneas intravenosas y el entrenamiento extenso a los clínicos basado en guías e introducción del uso de bombas de infusión inteligentes (24).

En lo que respecta a nuestra investigación, se observó un cambio en la tasa de flebitis durante el periodo de seguimiento. Si bien no pudo atribuirse al uso de las mezclas estándar, es importante señalar que la implementación de la práctica no incrementó el número de flebitis reportadas durante el mes de seguimiento en relación con los meses previos. Sin embargo, surgió la

duda de si el uso de mezclas estándar preparadas de forma centralizada influiría en la presencia de este evento.

Una investigación realizada en Malasia apoya el uso de soluciones premezcladas de cloruro de potasio (12), así como un estudio observacional en Australia (25). Por otra parte, una revisión sistemática de la literatura realizada en Bogotá encontró resultados equívocos respecto al beneficio en seguridad del paciente del uso de medicamentos en pre-mezcla, aunque no incluyeron electrolitos (26).

La ocurrencia de errores de medicamentos es mayor en las fases de prescripción y administración. Asegurar órdenes completas y legibles con entrada electrónica por parte del médico y la validación por un químico farmacéutico o un farmacéuta clínico es eficaz para aminorar el riesgo en la prescripción, como lo muestra una revisión sistemática de literatura (27). En cuanto a la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería, se ha demostrado que medidas como la doble verificación de la medicación que va a ser administrada, el cumplimiento de la lista de chequeo que incluye paciente, medicamento, dosis, vía y frecuencia correctas, el uso de tecnologías como las bombas de infusión inteligentes y el código de barras para verificación de información en la cabecera del paciente son acciones que mejoran la seguridad en la atención. Así mismo, la preparación de los medicamentos por químicos farmacéuticos y capacitación continua y específica al personal de enfermería en la administración sugieren beneficios en cuanto a la reducción de errores de medicación (28).

En el desarrollo de este estudio encontramos varias limitaciones. En primer lugar, esta práctica no se inició como una investigación, sino como una iniciativa de calidad basada en un problema de seguridad para los pacientes, por ello sólo se incluyeron algunos desenlaces relevantes en relación con la administración de soluciones que contenían cloruro de potasio y no se solicitó consentimiento informado a los pacientes. A pesar de ello, la recolección sistemática de la información permitió demostrar un impacto positivo dentro del hospital en lograr la atención más segura, fiable y con optimización de recursos. En segundo lugar, la calidad de los registros encontrados es variable, pero esto puede superarse al disponer de historia clínica electrónica que permita trazabilidad con el seguimiento en campo.

Para dar cumplimiento a la política, continuidad a la práctica a través del tiempo y mejoramiento continuo, se determinó capacitar sistemáticamente al personal asistencial, hacer seguimiento semestral a la prescripción de las mezclas, asignar recursos humanos permanentes para la preparación de las soluciones e implementar la validación de las prescripciones por químicos farmacéuticos.

Conclusiones

La implementación de esta práctica ha permitido ejercer un uso racional de los recursos. Tener una preparación centralizada permite ahorrar insumos y tiempo, optimizar los residuos de medicamentos, mejorar la asignación de funciones del personal asistencial y disminuir los desechos hospitalarios. Esto se traduce en descenso en algunos costos, incremento en la efectividad y atención segura para el paciente, el medio ambiente y los colaboradores.

Uno de los mayores aprendizajes fue ver cómo el trabajo en equipo interdisciplinario aportó al crecimiento de la cultura organizacional a través de prácticas seguras que favorecen la calidad y seguridad durante el proceso de atención del paciente. Entre nuestros retos actuales está el de continuar con el seguimiento periódico de la adherencia a esta práctica de seguridad e incluir otras soluciones con electrolitos y medicamentos de alto riesgo.

Declaración de conflictos de interés

Ninguno de los autores recibió patrocinio en dinero o especie de alguna industria farmacéutica ni de centrales de preparación de mezclas para la realización de este trabajo y se declaran libres de conflictos de interés. Es de aclarar que esta práctica fue acreedora del *Premio Baxter* a la seguridad del paciente en el año 2012.

Agradecimientos

Agradecemos a la Unidad de Investigaciones por su asesoría metodológica y al personal asistencial del Hospital Pablo Tobón Uribe por su compromiso con la mejora de la calidad al incluir la adherencia a esta práctica.

Referencias

- (1) Richardson WC, Berwick DM, Bisgard C, Bristow L, Buck CR, Coye J *et al.* To err is human: building a safer health system [report on the Internet]. Washington: Institute of Medicine; 2000

[access: 2012 Aug 20]. Available from: <http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx>

(2) Bates DW. Preventing medication errors: a summary. *Am J Health Syst Pharm.* 2007 Jul;64(14 Suppl 9):S3-S9.

(3) Aranaz JM, Aibar C. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

(4) Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL. Medication errors: an overview for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2014 Aug;89(8):1116-1125.

(5) Keohane CA, Bates DW. Medication safety. *Obstet Gyn Clin N Am.* 2008 Mar;35(1):37-52.

(6) World Health Organization (WHO). La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños [comunicado de prensa en Internet]. Washington/Ginebra: World Health Organization; c2007 [actualizado: 02 may 2007; acceso: 24 ago 2014]. Centro de prensa [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

(7) The Leapfrog Group [homepage on the Internet]. Washington DC: Leapfrog Group; c2003. [updated: 2014 Aug 24; access: 2014 Aug 24]. Available from: <http://www.leapfroggroup.org/>

(8) Gorrell JJ, Patterson CB, Spence CE, High J, Covelli B. Joint Commission readiness: incorporating the national patient safety goals and medication management standards into daily practice. En: 42nd ASHP Midyear Clinical Meeting and Exhibition. Las Vegas: ASHP Midyear Clin Meeting; 2007.

(9) Tomsic M. Critical supply [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality. National Public Radio, 2013 [access: 2013 Apr 5]. Available from: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=25917&sourceID=1&emailID=>

(10) Institute For Safe Medication Practices (ISMP). ISMP list of high-alert medications in acute care settings [report on the Internet]. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2012 [access: 2014 Dec 13]. Available from: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>

(11) Tubman M, Majumdar SR, Lee D, Friesen C, Klassen TP. Best practices for safe handling of products containing concentrated potassium. *BMJ.* 2005 Jul;331(7511):274-277.

(12) Melissa MH, Azmi S. Drug utilization review of potassium chloride injection formulations available in a private hospital in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Malays J Med Sci.* 2013 Jul;20(4):47-55.

(13) Lakhani M, Stewart WK. Hazards of potassium chloride solution. *Lancet.* 1985 Aug;2(8452):453.

(14) Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. Intravenous potassium chloride can be fatal if given inappropriately. Canberra: Australian Council for Safety and Quality in Healthcare; 2003.

(15) Cornish P, Hyland S, Koczmar C. Enhancing safety with potassium phosphates injection. *Dynamics.* 2007 Jan;18(4):34-36.

(16) Hemstreet BA, Stolpman N, Badesch DB, May SK, McCollum M. Potassium and phosphorus repletion in hospitalized patients: implications for clinical practice and the potential use of healthcare information technology to improve prescribing and patient safety. *Curr Med Res Opin.* 2006 Dec;22(12):2449-2455.

(17) Cohen MR. Safe practices for compounding of parenteral nutrition. *JPEN-Parenter Enter.* 2012 Mar;36(Suppl 2):14-19.

(18) Miron D, Tiosano T, Blondheim O, Sorozkin A, Moalem M, Goldstein L *et al.* "Concentrated KCL-free" hospital: stopping the use of potassium chloride concentrated ampoules in clinical departments and units-steps in implementing a new policy for increasing safety of drug therapy. *Harefuah.* 2007 Sep;146(9):650-652, 736.

(19) Bonvin A, Vantard N, Charpiat B, Pral N, Le-boucher G, Philip F *et al.* Accidental intravenous injection of potassium chloride: analysis of contributing factors and barriers to risk reduction. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2009 May;28(5):436-441.

(20) United States Pharmacopeial Convention. *usp pharmacists' pharmacopeia 2008-2009.* Rockville, MD: United States Pharmacopeial Convention; 2008.

(21) Trissel LA. Handbook on injectable drugs. 17th ed. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2012.

(22) Brady AM, Malone AM, Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manage*. 2009 Sep;17(6):679-697.

(23) Wright K. Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurs Educ Today*; 2010 Jan;30(1):85-97.

(24) Barras M, Moore D, Pocock D, Sweedman M, Wilkinson C, Taylor K *et al*. Reducing the risk of harm from intravenous potassium: a multi-factorial approach in the haematology setting. *J Oncol Pharm Pract*. 2014 Oct;20(5):323-331.

(25) Van de Vreede MA, Wilson SG, Dooley MJ. Intravenous potassium chloride prescribing and administration practices in Victoria: an observational study. *Med J Australia*. 2008 Nov 17;189(10):575-577.

(26) Rosselli D, Calderón C, Calderón T. Los medicamentos premezclados y su papel en la seguridad de las unidades de cuidado intensivo. *Via Salud*. 2008;(45):21-26.

(27) Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM *et al*. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med*. 2013 Mar;158(5):365-368.

(28) Ucha M, Martínez N, Troncoso A, Campelo E, Vázquez C, Inaraja MT. Pharmaceutical care strategies to prevent medical errors. *Rev Calid Asist*. 2009 Aug;24(4):149-154.

A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê

La sala de parto
como un escenario
para la estimulación
del vínculo entre la
madre adolescente
y el bebé

The delivery room
as a scene for stimulus
of teenager mother-
baby bond

• Ingrid dos Santos Fucks¹ • Marilú Correa Soares² • Nalú Pereira da Costa Kerber³ • Sonia Maria Könzgen Meincke⁴ • Ana Paula de Lima Escobal⁵ • Simoní Saraiva Bordignon⁶ •

•1• Pós-graduanda, Curso Especialização. Enfermeira, Pronto Atendimento Municipal de Encruzilhada do Sul-rs. Rio Grande do Sul, Brasil.

•2• Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutora em Enfermagem. Docente, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutoranda em Enfermagem. Membro do NUPECANF-UFPEL. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: anapaulaescobal@hotmail.com

•6• Doutoranda em Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

Recibido: 08/05/2012 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>



Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo conhecer as experiências das puérperas adolescentes sobre o primeiro contato com seu bebê na sala de parto.

Metodologia: De abordagem qualitativa e caráter descritivo, trata-se de recorte da pesquisa multicêntrica Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Fizeram parte deste estudo dez puérperas adolescentes que tiveram seus partos no hospital participante da pesquisa no período de novembro de 2008 a novembro de 2009. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática (10).

Resultados: Após análise dos dados obteve-se dois temas: *O contato entre mãe-bebê na sala de parto* e *As ações realizadas na sala de parto para o estímulo ao vínculo mãe-bebê*. Constatou-se que para algumas mães adolescentes o primeiro contato com o bebê ocorreu na sala de parto e a ação de mais destaque na sala de parto para estimular o vínculo da mãe com seu bebê foi a amamentação.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Parto Humanizado; Adolescente (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo aprender acerca de las experiencias de las adolescentes puérperas sobre el primer contacto con su bebé en la sala de partos.

Metodología: Estudio de abordaje cualitativo y carácter descriptivo. Se trató de una investigación de corte multi-céntrico de la Atención Humanizada al Parto de Adolescentes. En este estudio tomaron parte diez puérperas adolescentes que tuvieron sus partos en el hospital participante en la investigación durante el período de noviembre de 2008 a noviembre de 2009. Para el análisis de los datos, se utilizó el análisis temático (10).

Resultados: Después del análisis de los datos, se obtuvieron dos temas: *El contacto entre la madre y el bebé en la sala de partos* y *Acciones mantenidas en la sala de parto para estimular el vínculo madre-bebé*. Se encontró que para algunas madres adolescentes el primer contacto con el bebé estaba en la sala de partos y que la acción más destacada para estimular el vínculo de la madre con su bebé fue la lactancia materna.

Descriptorios: Embarazo en Adolescencia; Parto Humanizado; Adolescente (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: This study aimed to learn about experiences of postpartum teens in the first contact with their baby in the delivery room.

Methodology: This was a study of qualitative approach and descriptive type. It is a cutting of the multicenter research Humanized Attention to Adolescents Childbirth. Ten adolescent puerperae who had their deliveries at the participant hospital of the research were the sample of this study during period from November 2008 to November 2009. For analysis, data thematic analysis was used (10).

Results: After analyzing data we obtained two themes: *The contact between mother and baby in delivery room* and *The actions held in the delivery room to stimulate the mother-baby bound*. It was found that for some adolescent mothers, first contact with the baby was in the delivery room and the action more prominent in the delivery room to stimulate the mother's bound with her baby was breastfeeding.

Descriptors: Pregnancy in Adolescence; Humanizing Delivery; Adolescent (source: DECS BIREME).

Introdução

A adolescência é uma fase marcada por dúvidas, incertezas e ambiguidades de sentimentos. É um período de transição da infância à idade adulta sendo difícil determinar o seu início e fim, pois as transformações vivenciadas pelos adolescentes não ocorrem no mesmo limite cronológico para todos (1, 2).

A vivência da maternidade na adolescência implica novos pensamentos e atitudes, pois, é a passagem das necessidades de filha para as de mãe, dona-de-casa, responsável por educar, alimentar e vestir. Nesta circunstância, a adolescente poderá expandir sua identidade adulta, integrando passado e presente a partir da reflexão e disposição em aprender e se adaptar à nova situação na qual esta inserida (3, 4).

Além das mudanças advindas da fase adolescente, necessita se adaptar às modificações decorrentes da gestação, com isso a necessidade de informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, pois estas lhe permitirão a aquisição de poder de decisão e autonomia para cuidar de si e do filho, conquistando autoridade para lidar com tais mudanças (5).

O período gravídico proporciona à mulher/adolescente o estabelecimento de uma relação afetiva com seu bebê, desenvolvendo sentimentos positivos a respeito dele e uma identificação com o mesmo. Sequencialmente, o momento do nascimento é um potencializador para desenvolver o apego. Assim, manter mãe e bebê juntos após o parto estimula mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que possivelmente vinculam mais os pais aos filhos. O vínculo entre pais e bebê proporciona benefícios diretos ao recém-nascido, como o aumento do aleitamento materno, diminui a mortalidade infantil, a incidência de maus-tratos e abandono (6, 7).

Dessa forma, o contato precoce entre a mãe e seu bebê necessita ser estimulado desde os primeiros minutos de vida, este momento precisa ser respeitado na sua individualidade e simbolismo. Nesse ínterim, a amamentação representa a melhor maneira de promover o contato pele a pele imediato, pois contribui para sucção eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe e filho (8).

A saúde do bebê está correlacionada com o equilíbrio emocional da mãe e o cuidado prestado pelos profissionais de saúde tem grande significado para a concretização de um vínculo afetivo saudável e sólido entre mãe-bebê (9).

Acredita-se que as mães adolescentes devido a inexperiência e falta de informação desconhecem os benefícios gerados para si mesmas e seu bebê quanto ao estímulo do vínculo precoce. Sendo assim, a justificativa deste estudo está ancorada na possibilidade de servir como subsídio para reflexão sobre a importância na construção de conhecimentos que forneçam elementos para ações nos serviços de atendimento desta clientela. O anterior, com vistas ao fortalecimento dos vínculos entre mães adolescentes e seus bebês e o estabelecimento de práticas capazes de assegurar esse direito à todas as mulheres, uma vez que, os estudos realizados com mães adolescentes geralmente estão voltados para questões relacionados a vulnerabilidade social.

Contudo, deseja-se que este estudo colabore para despertar reflexões, aprofundar e gerar conhecimentos, estimular a humanização na sala de parto, reforçar a importância e os benefícios do contato precoce, do aleitamento materno, assim como as outras ações com a finalidade de estimular e fortalecer o vínculo mãe-bebê.

Diante disso, este estudo apresenta como objetivo conhecer as experiências das puérperas adolescentes no primeiro contato com seu bebê na sala de parto.

Metodologia

Este estudo se caracterizou por uma abordagem qualitativa descritiva (10). Realizado a partir de um recorte da pesquisa multicêntrica Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes (11), desenvolvida em dois hospitais das instituições de ensino: Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), ambas do sul do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa foram dez puérperas adolescentes com idade entre 10 a 19 anos selecionadas no banco de dados da pesquisa multicêntrica.

O local da coleta de dados do presente estudo foi a unidade obstétrica de um hospital de ensino da cidade de Pelotas que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (sus), no período de novembro de 2008-novembro de 2009.

As entrevistas foram realizadas com a adolescente após 24 horas de vivência do puerpério em uma sala, somente com o pesquisador e a adolescente, desenvolvidas por meio de entrevista semi-estruturada com questões que discorriam sobre a interação mãe-bebê na sala de parto, apresentando duração média de trinta minutos, gravadas em formato de áudio e transcritas na íntegra. Utilizaram-se como critérios de inclusão: estar internada na materni-

dade, ser puérpera com idade entre 10 a 19 anos e realizar seu processo de parturição no hospital participante do estudo no período da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: patologias maternas graves que interferissem na comunicação, óbito fetal e dificuldades na comunicação.

Em observância à Resolução 466/12 (12), a pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes foi submetida à apreciação do Comitê de Ética da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande e aprovada sob Parecer Nº 031/2008. A fim de garantir o anonimato, às puérperas adolescentes foram identificadas pelas iniciais do nome e sobrenome acrescidos da idade. Para as adolescentes menores de dezoito anos, solicitou-se autorização dos pais ou responsáveis para a participação do estudo.

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise temática seguindo os seguintes passos (10):

Pré-análise. Após reunião de todo material empírico, leitura minuciosa e exploração exaustiva do conteúdo das entrevistas, voltamos aos objetivos iniciais, confrontando-os com os dados coletados através de leituras repetidas das falas transcritas.

Exploração do material. Nesta fase os dados foram codificados e categorizados. Na codificação foram agrupados os conteúdos relativos aos temas significantes para a questão norteadora da pesquisa. Na sequência cada tema foi reavaliado na busca de categorias que lhes deem sustentação, assim os temas receberam um título de acordo com seu conteúdo e seu significado dentro do referencial teórico utilizado.

Resultados obtidos e interpretação. Nesta fase os temas e subtemas foram interpretados à luz de Minayo (10). A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: *o contato mãe-bebê na sala de parto e as ações realizadas na sala de parto para o estímulo ao vínculo mãe-bebê.*

O contato entre mãe-bebê na sala de parto. Uma relação intensa e ininterrupta da mãe com o seu bebê proporciona receptividade e adaptação mais precoce, dando continuidade ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intra-uterina (8). Nesse sentido, o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, por pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida, além de promover o envolvimento mãe-filho e o aleitamento materno, é um indicativo de que o parto transcorreu adequadamente (13).

No presente estudo duas mães adolescentes ao serem questionadas sobre o momento que tiveram contato com o recém-nascido, referiram que o mesmo ocorreu logo após o parto:

Assim que nasceu eles já colocaram em cima de mim [A.P.C. V-17].

Na hora que nasceu, assim que ele nasceu [J.G.S.-18].

A abordagem realizada com 404 puérperas em 13 hospitais de Goiana revelou que 76% das mães foram oportunizadas ao contato pele a pele com seu bebê na primeira hora de vida. A vivência dessa prática precisa ser estimulada imediatamente após o nascimento, de maneira a tornar este processo contínuo e prolongado (14).

A interação que ocorre após o parto faz com que a mãe experimente várias sensações, manifeste amor, afetividade e desejo, iniciando uma série de estímulos ao recém-nascido, que por sua vez responde a esses estímulos já nas primeiras horas, dando retorno à mãe (9-15, 16). Neste estudo, nem sempre a premissa de estímulo ao vínculo precoce foi observada, em alguns momentos as adolescentes não puderam vivenciar de maneira plena este momento de identificação com seu filho como é proposto pela Política de Humanização do parto do Ministério da Saúde (10).

Este fato pode ser observado na fala da mãe adolescente quando aponta que o bebê só lhe foi mostrado, sem a possibilidade de ter um contato íntimo e precoce com seu filho:

Eles enrolaram ele e colocaram em cima de mim, mas foi rápido, foi só para eu ver o rostinho dele [J.B.V.-19].

Deram-me quando tiraram só para mim ver [G.S.C.-18].

Comportamentos de reconhecimento e aproximação começam a ser estabelecidos quando as mães pegam seus filhos pela primeira vez, como se fosse um processo de identificação, agora concreta e sem barreiras físicas, algo que anteriormente era uma simbiose passa a ser reconhecido como independência (16).

Percebe-se que o direito da parturiente em ser protagonista deste processo não lhe foi permitido, seja pela

falta de sensibilidade dos profissionais ou pela desinformação da mãe adolescente sobre os seus direitos no processo de parturição.

No processo de nascimento, a assistência imediata prestada aos recém-nascidos tem como objetivo propiciar condições que visam auxiliá-los em sua adaptação à vida extra-uterina. Durante a assistência ao recém-nascido proveniente de normal, todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K, credenciamento e outros, devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho (17).

Neste estudo, a atenção dispensada a A.D.D.-19 e E.C.S.L.-18 vai ao encontro do preconizado pela Política de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, uma vez que primeiro foi proporcionado o contato pele a pele para depois seguir os cuidados imediatos como a higiene do recém-nascido, conforme os depoimentos abaixo:

Na sala [...] antes de ir para sala que eles lavam [...] depois em seguida eles lavaram ele bem rapidinho e trouxeram para mim [A.D.D.-19].

Tiraram ele de mim e botaram em cima do meu peito, e depois levaram ele para limpar e depois trouxeram de volta [E.C.S.L.-18].

Sabe-se que esse momento é repleto de expectativas, pois mãe e filho estão se conhecendo e interagindo um com o outro, cabe a equipe de saúde estimular e permitir que isso aconteça na primeira meia hora após o parto.

As falas de G.S.S.-19 e C.R.G.S.-18 demonstram duas situações semelhantes, mas com um final totalmente contraditório:

Porque foram aspirar ele, depois me deram [G.S.S.-19].

Acho que eles fizeram a limpeza [...] depois me mostraram ele

[...] porque eles foram limpar ele, fazer a aspiração do narizinho, né [C.R.G.S.-18].

O exposto por G.S.S.-19 demonstra o comprometimento da equipe de saúde em permitir o contato dela com o seu bebê após o procedimento de aspiração das vias aéreas do recém-nascido. Condutas como estas devem ser incentivadas por toda equipe para que se estabeleça um vínculo afetivo saudável entre mãe e filho, mantendo sua individualidade e subjetividade.

Já C.R.G.S.-18 não teve a mesma oportunidade, pois somente após os procedimentos de rotina que lhe foi permitido ver seu filho. Quando a vitalidade do recém-nascido está garantida, é fundamental que ele seja colocado junto com a sua mãe para estimular e fortalecer o vínculo afetivo por meio do contato pele a pele, do toque e do olhar entre mãe-bebê.

Em situações em que o contato precoce não puder ser realizado imediatamente após o parto, seja por comprometimento da vitalidade do bebê ou por momentos de fragilidade da mulher, o contato necessita ser retomado assim que ambos estiverem em condições físicas e emocionais adequadas (8).

Por outro lado, podem surgir situações em que a formação do vínculo precisa ser postergada, pois há comprometimento da saúde da mãe e/ou do bebê. A prematuridade foi um fator que prejudicou o contato precoce de S.T.S.M.-19 e L.M.M.-16 com seus filhos:

Assim que tiraram de mim um beijo depois levaram para UTI porque foi prematuro [S.T.S.M.-19].

Eles enrolaram ele num paninho, e mostraram assim bem rapidinho e aí fiz um carinho e dei um beijinho nele [L.M.M.-16].

O bebê nascido prematuramente nem sempre possui condições que permitam o contato materno, pele a pele. A separação brusca logo após o nascimento é evidenciada e o recém-nascido é privado dos cuidados da mãe e de toda sua família (18).

O contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode influenciar positivamente a relação dessa criança com o mundo. A pele, maior órgão do corpo, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes, e o contato pele a pele pode promover várias mudanças no organismo tanto de um como de outro (19).

Sendo assim, considera-se que o contato precoce entre a mãe e o bebê fortalece e estimula o vínculo afetivo entre os dois. Cabe a toda a equipe de saúde se comprometer desde o pré-natal até o processo de parturição para que este momento possa existir e que seja vivenciado na sua integralidade trazendo benefícios tanto para a mãe e o bebê quanto para toda a família.

As ações realizadas na sala de parto para o estímulo ao vínculo mãe-bebê

O contato íntimo e precoce, o aconchego, o toque, o olhar e o aleitamento materno logo após o nascimento são algumas das ações que a equipe de saúde carece estimular para o desenvolvimento saudável do vínculo entre a mãe e o seu bebê ainda na sala de parto (20).

Neste estudo as puérperas adolescentes A.D.D.-19, J.G.S.-18 e G.S.S.-19 amamentaram seus bebês na sala de parto e C.R.G.S.-18, referiu ter amamentado no quarto. O início do aleitamento materno variou entre dez e trinta minutos como é recomendado pelo quarto passo da (21):

Acho que uma meia hora [A.D.D.-19].

Meia hora [J.G.S.-18].

Dez minutos [G.S.S.-19].

Só quando eu fui para o quarto [C.R.G.S.-18].

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para o sucesso do aleitamento materno é ajudar as mães a iniciarem amamentação na primeira meia hora após o nascimento, assim como o contato pele a pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato que necessita durar até a primeira mamada ou o tempo que a mãe desejar. Além disso, este contato precoce aumenta significativamente as taxas de aleitamento materno tanto após o nascimento quanto nos 2 a 3 meses de vida do bebê (22).

Uma pesquisa realizada com 100 puérperas em uma cidade do Sul do Brasil apontou que somente 58 tiveram a oportunidade de amamentar na primeira hora de vida. O estudo também evidenciou que a não realização desta prática contribuiu para a diminuição na duração da amamentação após a alta hospital (23).

Acredita-se que colocar o recém-nascido no seio materno na primeira meia hora após o parto é muito importante, pois propicia à mulher a oportunidade de ver, tocar, pegar e começar a amamentar seu filho, suprimindo toda a expectativa que ocorre durante a gestação e fortalecendo o vínculo afetivo entre os dois.

Pode-se evidenciar nas falas de G.S.C.-18 e E.C.S.L.-18, que elas não puderam amamentar seus bebês. Porém, é importante que outras ações sejam realizadas com o objetivo de complementar a impossibilidade do aleitamento materno, como proporcionar o contato, o toque, o cheiro e o olhar entre eles com a finalidade de aproximar os laços afetivos minimizando problemas de relacionamento futuro entre mãe-bebê:

Não posso amamentar [G.S.C.-18].

Eles disseram que foi por causa de um medicamento que eu tomei e porque estavam fazendo exames de sangue nele e analisando os meus [E.C.S.L.-18].

Após o parto a mãe está ansiosa em tocar o recém-nascido e ambos estão repletos de substâncias que os deixam biologicamente preparados para uma interdependência, pois este é o momento para que o vínculo afetivo seja fortalecido ao máximo, assim como o estímulo à lactação (24).

O contato da mama com o rosto do bebê é para as mulheres uma maneira de reencontrar seus filhos, não simplesmente o ato de alimentá-lo, porém, um modo de ligá-lo ao seu corpo novamente, pois a amamentação “em si” não é o acontecimento mais importante neste momento, e os profissionais da sala de parto precisam estar atentos a fim de proporcionarem o momento de estreitar a interação mãe-bebê (19).

Compreende-se que o papel da equipe de enfermagem é essencial neste processo, pois pode agir como facilitadora e atuar em conjunto com os demais profissionais de saúde incentivando a adoção de ações que oportu-

nizem e fortaleçam o vínculo da mãe com seu bebê. A promoção e apoio à amamentação na primeira meia hora de vida, o contato pele a pele, o toque, a informação, são medidas que promovem o vínculo.

Porém, no cotidiano do atendimento na sala de parto existem algumas situações que podem intervir de forma marcante no processo de estímulo e incentivo ao vínculo da mãe com seu bebê.

A prematuridade e intercorrências no nascimento do bebê foram fatores que impossibilitaram às mães adolescentes L.M.M.-16, A.P.C.V.-17 e J.B.V.-19 de praticarem o aleitamento materno, e provavelmente, outras ações para a promoção do vínculo:

Porque ele é prematuro, nasceu de seis meses aí levaram ele lá para semi (UTI Neonatal semi-intensiva) para ganhar peso. Só pude tentar amamentar ele hoje, ontem eles não deixaram [L.M.M.-16].

Porque eu ainda não estou amamentando, ele é prematuro e foi direto lá para cima [A.P.C.V.-17].

Ele mal parou aqui comigo. Porque estavam toda hora levando ele para examinar, aspirar o nariz e fazer exames [...] e agora ele internou lá em cima na pediatria [...] ele estava gemendo muito, aí levaram ele [J.B.V.-19].

Mulheres que vivenciam parto prematuro apresentam maior dificuldade de estabelecer um relacionamento mais afetivo, caloroso, amoroso e saudável, visto que em algumas situações a interrupção do contato logo após o parto, culminou em situações como confusão emocional, estranhamento do filho e impacto diante das suas características tão distintas do bebê imaginário (25, 26).

O recém-nascido prematuro doente ou malformado terá menos chances de ter um contato maior com sua mãe do que o recém-nascido a termo, pois são subme-

tidos a cuidados invasivos e a formação do vínculo, portanto, não é um acontecimento imediato e sim construído por meio de interações sucessivas (15).

Neste contexto, a equipe de enfermagem além de estar engajada na assistência ao recém nascido prematuro, necessita ampliar o olhar para os momentos em que a mãe encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva, a fim de promover a inserção da mesma nos cuidados com o bebê. A realização desta prática contribui para a humanização do cuidado, o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho e o acolhimento da família na Unidade de Terapia Intensiva (27).

Os resultados deste estudo apontam que existem outras ações que favorecem o fortalecimento do vínculo entre mãe-bebê como o acolhimento, o contato, o toque, o olhar, a oportunidade da mãe adolescente e seu bebê se conhecerem, a informação à parturiente sobre os seus direitos, foram pouco estimuladas, já que a amamentação foi a ação que mais se destacou no estudo.

Cabe ressaltar a importância de conscientizar a equipe de saúde do benefício que todas estas ações em conjunto irão proporcionar à mãe, ao bebê e aos familiares para o fortalecimento precoce do vínculo, pois a amamentação ainda na sala de parto é uma das ações e, na impossibilidade dessa, deveremos estimular o toque, o contato pele a pele e o aconchego.

Considerações finais

O estudo possibilitou identificar se as puérperas adolescentes tiveram o primeiro contato com seu bebê na sala de parto e se as ações realizadas neste cenário estimularam o vínculo mãe-bebê.

O contato íntimo e precoce, pele a pele entre mãe-bebê ocorreu para duas puérperas adolescentes ainda na sala de parto dando continuidade ao vínculo afetivo iniciado já na vida intra-uterina. Outras mães adolescentes, entretanto, não tiveram a mesma oportunidade de tocar, acariciar, conhecer, sentir, enfim, ter este contato pele a pele com o seu filho sendo propiciado, para algumas, apenas vê-lo rapidamente.

O estudo revelou que para algumas mães adolescentes primeiro ocorreu o contato precoce na sala de parto e, posteriormente foram prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido. No entanto, para outras, os cuidados ao recém-nascido assim como a prematuridade foram fatores que impossibilitaram o contato precoce entre mãe-bebê.

A ação que mais se destacou na sala de parto para estimular o vínculo da mãe com seu bebê foi a amamentação, sendo que seu início variou entre dez e trinta minutos como recomenda o quarto passo da INAC. Porém, a prematuridade, os cuidados prestados ao recém-nascido ou a impossibilidade da amamentação foram situações que incapacitaram o aleitamento materno, contudo, não foram estimuladas outras ações que promovessem o vínculo como o contato, o toque, o olhar, o cheiro e o aconchego entre mãe-bebê.

Ao finalizar este estudo pontua-se como limites na realização do mesmo, o fato das falas das puérperas adolescentes serem muito sucintas, o que, de certa forma impossibilitou mais profundidade na análise. Desta maneira, novas pesquisas precisam ser realizadas para aprofundamento da temática.

Destaca-se importante compreender que a puérpera adolescente vivencia o processo parturitivo de maneira única e particular, e que a equipe de saúde precisa propiciar uma atenção integral e individualizada, contemplando os aspectos emocional, cultural, social e psicológico da mãe adolescente e de sua família.

Referências

- (1) Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Bessa JMS. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):312-320.
- (2) Davin RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009;10(2):131-140.
- (3) Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*. 2010;20(45):123-131.
- (4) Nunes SA. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. *Physis*. 2012;22(1):53-75.
- (5) Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene*. 2011;12(3):548-554.
- (6) Chagas NR, Monteiro ARM. A relação entre a mãe adolescente e o bebê pré-termo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(1):35-44.
- (7) Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Publ*. 2011;45(1):69-78.
- (8) Wei CY, Gualda DMR, Silva LCFP, Melleiro MM. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):468-474.
- (9) Santos GN, Rocha PR, Santos TMMG, Alvarenga WA. Assistência ao recém-nascido na sala de parto sob a ótica das puérperas. *Rev Interdiscip*. 2013;6(1):43-51.
- (10) Minayo MCS *et al*. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011.
- (11) Kerber NPC. Projeto de Pesquisa. Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Pesquisa financiada pelo CNPq Processo Nº 551217/2007-3. Pelotas e Rio Grande; 2007.
- (12) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012, dispõe sobre pesquisa com seres humanos (12/12/2012).
- (13) Rolin KMC, Vidal AF, Mariano MA, Campos ACS, Frota MA. Percepção das mães sobre aleitamento em prematuros da unidade canguru de uma maternidade de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2008;9(2):54-63.
- (14) Giglio MRP, Franca E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):297-304.
- (15) Ferrari AG, Donelli TMS. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínic*. 2010;3(2):106-112.
- (16) Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Montecelli M, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery*. 2010;14(1):105-112.
- (17) Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado a gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(4):652-660.

(18) Costa R, Padilha MI, Monticelli M. Produção do conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em um Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. *Rev Esc Enf USP*.2010;44(1):199-204.

(19) Strapasson MR, Fischer ACS, Bonilha ALL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS-relato de experiência. *Rev Enferm ufsm*. 2011;1(3):489-496.

(20) Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Rev Pesq Cuid Fundam [periódico na Internet]*. 2013 [acesso: 15 Dez 2014];5(4):743-754. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767959>

(21) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Implementação da iniciativa hospital amigo da criança. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 1993.

(22) Organização Mundial da Saúde (oms). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Mundial da Saúde oms; 2001.

(23) Souza MFL, Ortiz PN, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO, Silva LR. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. *Rev Paul Pediatr*. 2011 Dez;29(4):502-508.

(24) Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordioli E, Deutsch ADA. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. *Einstein*. 2008;6(4):467-472.

(25) Fleck A, Piccinini CA. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*. 2013;(40):14-30.

(26) Cunha EFC, Carvalho MSB, Batista DS, Dantas JP, Silva LS. Intervenções com mães de bebês prematuros: um estudo de grupos focais. *Clínica Cultura*. 2013;2(2):80-90.

(27) Araújo BBM, Rodrigues BMR. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2010;14(2):284-292.

Actitudes hacia la sexualidad de estudiantes de enfermería menores de 20 años de una universidad colombiana*

Atitudes para a sexualidade de estudantes de enfermagem menores de 20 anos de uma universidade colombiana

Attitudes towards sexuality of nursing students under 20 years old from a Colombian university

• María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez¹ • Nilda Jalitza Camacho Dimaté² •
• Leidy Carolina Jaramillo Ortiz³ • Yury Luz Ayda Ríos Osorio⁴ •

•1• Doctora en Salud Pública. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. e-mail: maria.rodriguezg@udea.edu.co

•2• Miembro del Semillero de Investigación *Kairos*, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

•4• Miembro del Semillero de Investigación *Kairos*, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

•3• Miembro del Semillero de Investigación *Kairos*, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Recibido: 01/10/2012 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48189>



* Artículo producto de la investigación *Conocimiento sobre sexualidad juvenil y educación sexual*, conducida por el Grupo de Investigación Salud de las Mujeres, que recibió apoyo de la Facultad de Enfermería y del Comité para el Desarrollo de la Investigación (codi) de la Universidad de Antioquia, Colombia.

Resumen

Objetivo: Para describir las actitudes hacia la sexualidad de los alumnos de enfermería de una universidad colombiana, en el año 2009 se realizó un estudio de corte transversal en el cual participaron todos los estudiantes menores de 20 años.

Metodología: Se utilizó una encuesta de carácter anónimo que contenía información sobre la edad y el sexo, además de la escala *Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire* (TSAQ) que evalúa las actitudes ante la sexualidad propia (*yo*) y la de los demás (*otros*); se obtuvo un puntaje promedio máximo de 9, que equivaldría a la mayor liberalidad.

Resultados: Participaron 44 alumnos, cuyo promedio de edad fue de 18 años; el 77% de los participantes era de sexo femenino. El puntaje promedio total fue = 4,6; los puntajes promedio por subescala fueron: heterosexualidad = 5,7; comercio sexual = 4,8; autoerotismo = 4,7; variación sexual = 4,1 y homosexualidad = 3,6. Los puntajes de las actitudes hacia la sexualidad propia fueron menores que los de la sexualidad de los demás.

Conclusión: Se concluyó para esta investigación que los estudiantes de enfermería tuvieron una moderada liberalidad frente a las actitudes hacia la sexualidad propia y de los otros.

Descriptor: Sexualidad; Actitud; Estudiantes de Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Descrever as atitudes da sexualidade dos alunos de enfermagem de uma universidade colombiana. Estudo de corte transversal com a participação de todos os estudantes menores de 20 anos em 2009.

Metodologia: Utilizou-se uma enquete de caráter anônima que continha informação sobre a idade e o sexo, além da escala *Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire* (TSAQ), que avalia as atitudes ante a sexualidade própria (*eu*) e a dos demais (*outros*); tem uma porcentagem média máxima de 9, que equivaleria à maior liberalidade.

Resultados: Participaram 44 alunos, média de idade: 18 anos, sexo feminino: 77%. Porcentagem média total = 4,6. Porcentagens média por subescala: heterosexualidade = 5,7; comércio sexual = 4,8; autoerotismo = 4,7; variação sexual = 4,1 e homosexualidade = 3,6. As porcentagens das atitudes para a sexualidade própria foram menores do que os da sexualidade dos demais.

Conclusão: A conclusão é: os estudantes de enfermagem têm uma moderada liberalidade frente às atitudes para a sexualidade própria e dos outros.

Descritores: Sexualidade; Atitude; Estudantes de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: In order to describe attitudes towards sexuality of nursing students from a Colombian university, a cross sectional study was made in 2009.

Method: Participants where all students under 20 years. An anonymous survey with information about age, gender, as well as the *Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire* (TSAQ) which assess attitudes towards your own (*me*) and the others (*others*) sexuality. It had an average maximum score of 9, which matches with greater liberalism.

Results: 44 students participated. The average age was 18 years old; 77% of the participants were females. Average total score was = 4,6. Average scores by subscale were: heterosexuality = 5,7; sexual trade = 4,8; self-eroticism = 4,7; sexual variation = 4,1 and homosexuality = 3,6. Scores of attitudes towards self-sexuality were lower than the ones from the others sexuality.

Conclusion: To this study the conclusion was that nursing students had a moderate liberalism towards self and other's sexuality attitudes.

Descriptors: Sexuality; Attitude; Students, Nursing (source: DECS BIREME).

Introducción

La principal función de la enfermería es el cuidado a las personas sanas o enfermas, sin importar su cultura, raza, estilos de vida u orientación sexual. Para cumplir con esta función, es indispensable tener en cuenta las necesidades básicas de la salud física y mental de cada individuo y, entre ellas, el “vivir de acuerdo a las propias creencias y valores” (1). Aunque la mayoría de las personas que entran en contacto con los servicios sanitarios lo hacen por motivos diferentes a los relacionados con su salud sexual, ésta puede estar afectada por la enfermedad por la que están demandando la atención. Tampoco hay que olvidar que el resto de personas también tiene necesidades de cuidado de enfermería relacionadas con la salud sexual.

La *sexualidad humana*, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la “integración de los aspectos somático, intelectual, emocional y social por los que se enriquecen y potencian la personalidad y el amor” (2), es para muchos enfermeros un tema difícil de integrar en el cuidado de las personas. La anterior situación se agrava cuando el enfermero tiene una actitud negativa hacia la orientación sexual de los pacientes, hecho que puede llegar a tener un efecto perjudicial sobre la salud de las personas (3) e incluso llegar a rechazar su cuidado. Lo anterior está claramente en contra de lo establecido en el Código Deontológico, que dice que la enfermería debe ser practicada con compasión y respeto por la dignidad y singularidad de cada individuo.

Algunos autores han mostrado en sus estudios que las actitudes de los enfermeros hacia la sexualidad están estrechamente vinculadas a su tendencia a ver como poco importantes las cuestiones sexuales. A estos profesionales les da vergüenza tratar esos temas con los pacientes y les falta formación para brindar el acompañamiento adecuado (4, 5). Éstas son algunas de las razones por las que el enfermero evade la sexualidad como parte integral del cuidado. El comportamiento de una persona hacia la sexualidad puede predecirse según las actitudes que muestre hacia ella misma (6) e influyen directamente en la práctica de la enfermería, pues, si los enfermeros no se sienten cómodos con su propia sexualidad, difícilmente lo estarán con la de sus pacientes (7, 8).

Además, cuando se habla de temas tan delicados como la sexualidad, el objetivo en la formación del estudiante de enfermería debería ser el de hacerlo consciente de los prejuicios personales para que no juzgue la orientación sexual de la persona (9) y así evitar que las actitudes propias afecten el cuidado que se debe brindar. El gran reto para las universidades es formar enfermeros que

sean capaces de comunicarse con las personas mediante palabras, actitudes y un lenguaje corporal que muestren respeto y tolerancia hacia los otros. Para lo anterior, la primera y más importante estrategia es identificar en los enfermeros las actitudes hacia la sexualidad propia y la de los demás con el fin de intervenirlas para que no lleguen a afectar el cuidado integral que se brinda a las personas (10, 11). En este sentido, el objetivo de este estudio fue describir las actitudes hacia la sexualidad que tienen los alumnos de enfermería menores de 20 años de una universidad pública colombiana.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con la participación de la totalidad de alumnos de enfermería menores de 20 años matriculados en el 2009 en una universidad pública de Medellín (Colombia). Mediante el asentimiento y la posterior firma de consentimiento informado, los alumnos aceptaron diligenciar una encuesta de carácter anónimo que contenía información sobre la edad y el sexo, además de la escala de Hanon *et al.* *Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire* (TSAQ) (12). La TSAQ consta de 80 ítems, de los cuales los primeros 40 evalúan las actitudes ante la sexualidad propia (*yo*) y los 40 restantes ante la sexualidad de los demás (*otros*). Esta escala está dividida en cinco subescalas con 8 ítems cada una —autoerotismo, heterosexualidad, homosexualidad, variación sexual y comercio sexual—. Las opciones de respuesta fueron de 1 (*total desacuerdo*) a 9 (*total acuerdo*). A mayor puntaje de la escala, mayor la liberalidad hacia las actitudes.

Este instrumento fue validado en Colombia dentro de la investigación “Conocimiento sobre sexualidad juvenil y educación sexual” y obtuvo una confiabilidad general, evaluada con el Alfa de Cronbach con 0,96 —0,94 para actitudes propias y 0,95 para actitudes de otros—. La *magnitud de la actitud* hacia la sexualidad para la escala y subescalas se asumió teniendo en cuenta los puntajes promedio de las éstas así: 1-3 = *baja*; 4-7 = *moderada* y 8-9 = *alta*.

Se utilizó el programa *spss Versión 18.0* para el procesamiento estadístico de la información. Con base en los objetivos propuestos, se hizo el plan de análisis y a las variables tomadas a nivel de razón se les estimó el promedio con su respectiva desviación estándar. Cuando se compararon los puntajes promedio, se utilizó la prueba *t-Student*; cuando se hicieron las correlaciones, se utilizó la *rho* de Spearman. En todos los casos, se asumió significancia estadística si el valor de probabilidad para dos colas era menor de 0,05.

Resultados

Participaron en el estudio 44 alumnos que correspondieron a la totalidad de alumnos menores de 20 años, el 77,3% era de sexo femenino. El promedio de edad del grupo fue de $18,3 \pm 1$ años. El puntaje promedio del grupo de estudio para el TASQ fue de $4,6 \pm 1,4$. Por subescala, el promedio más alto se dio en *heterosexualidad* (5,7), seguida por las de *comercio sexual* (4,8), *autoerotismo* (4,7), *variación sexual* (4,1) y *homosexualidad* (3,6).

La comparación del promedio de puntaje *yo/otros* se puede observar en la Tabla 1. Se aprecia en la escala total que el promedio de puntaje de actitudes hacia la sexualidad de otros es mayor que el que se acepta para la sexualidad propia (5,3 *versus* 3,8 puntos). Igual situación se observó en las cinco subescalas, aunque todas las diferencias fueron estadísticamente significativas. La mayor diferencia entre puntajes *yo/otro* se vio en la subescala de homosexualidad (2,2 puntos), mientras que la menor fue en la de heterosexualidad (1,1 puntos). Revisando la situación presentada en los ítems de cada subescala, se pudo apreciar lo siguiente:

- **Subescala de autoerotismo.** Los ítems con los puntajes más bajos tienen que ver con *fantasear con alguien cuando se tiene actividad sexual*, tanto si sólo es un miembro de la pareja el que lo hace (*yo*: 2,9; *otros*: 3,0), como si son los dos (*yo*: 3,2; *otros*: 4,7) y *la masturbación como forma aceptable de escape sexual durante el matrimonio* (*yo*: 3,2; *otros*: 4,8). Con respecto a este último, es importante observar que, en cambio, tuvieron una mayor aceptación los ítems sobre la *aceptabilidad de la masturbación durante la soltería* (*yo*: 4,5; *otros*: 6,6) y *cuando no se tiene pareja* (*yo*: 5,1; *otros*: 5,9). La actitud hacia *soñar despierto durante la actividad sexual* tuvo el mayor puntaje de esta subescala (6,8 para ambos). El anterior ítem, junto con el *fantasear cuando se tiene actividad sexual*, fueron los únicos con diferencias no significativas.
- **Subescala de heterosexualidad.** Esta subescala tuvo los promedios de puntaje más altos comparados con el resto de las subescalas (*yo*: 5,2; *otros*: 6,3). Las actitudes hacia *tener relaciones con la pareja antes del matrimonio*, *el uso de la actividad sexual para el propio placer*, *la práctica del sexo oral*, *con el sexo oral con pareja de otro sexo* y *tener únicamente relaciones con la persona que se ama* tuvieron puntajes similares para el *yo* y los *otros*, hechos que no fueron significantes estadísticamente, a diferencia del resto de ítems del grupo.

En esta subescala se tuvieron los únicos ítems del TASQ con promedio mayor en la actitud hacia la sexualidad propia que en la aceptada para otros. Se trata de las afirmaciones de que *las relaciones sexuales son para reproducirse, no por placer* (8,4 *versus* 6,0) y *las relaciones sexuales sólo se practican con el compañero afectivo* (7,7 *versus* 2,6).

- **Subescala de homosexualidad.** Tuvo los promedios de puntaje más bajos de las cinco subescalas (*yo*: 2,5; *otros*: 4,7). El único ítem de los siete que conforman la subescala que no tuvo diferencia significativa entre el puntaje *yo/otros* fue el de *es aceptable ser atractivo a personas de uno u otro sexo* (*yo*: 4,9; *otros*: 5,8), además fue la actitud con calificación más alta dentro de este grupo. Los ítems con una diferencia de casi tres puntos entre la aceptación para la sexualidad propia *versus* la de otros fueron: *participar en relaciones sexuales, en caricias, o compartir la sexualidad con una pareja del mismo sexo*; mientras que en el ítem de *aceptar avances sexuales de una persona del mismo sexo* la diferencia es de apenas una unidad.
- **Subescala de variaciones sexuales.** Los ítems relacionados con la persona que domina durante la relación sexual recibieron las mayores puntuaciones de aceptación: el ítem *dominar a otro* (*yo*: 5,8; *otros*: 6,2) y *ser dominado* (*yo*: 3,9; *otros*: 5,9), aunque en el primero la diferencia no fue significativa. Las mayores diferencias entre los promedios de los puntajes *yo/otros* en esta subescala fueron en los ítems: *recibir llamadas obscenas si se encuentra excitante*, *practicar sexo grupal*, *vestir ropas del sexo opuesto* y *observar a otros durante la relación sexual*; todas las anteriores con dos puntos o más de diferencia.
- **Subescala de comercio sexual.** Los ítems que midieron actitudes propias hacia la pornografía mostraron que: *es malo verla* (7,6), *pero sirve para aprender nuevas técnicas sexuales* (5,8) o *para mejorar la relación sexual* (5,2), por lo que *no debería haber censura a estos materiales para su disfrute* (4,7). Los ítems relacionados con la prostitución o con la participación en espectáculos sexuales tuvieron los menores puntajes tanto para las actitudes hacia la sexualidad propia como a la de otros.

Para cada una de las cinco subescalas se correlacionó significativamente el puntaje de las actitudes de la sexualidad propia con el de las actitudes hacia la de los otros. Las correlaciones más altas fueron: *comercio sexual* (0,8), *autoerotismo* y *heterosexualidad* (0,7 cada una), seguidas por las de *homosexualidad* y *las variaciones sexuales* (0,6 cada una).

Tabla 1. Puntajes promedio por ítem de subescala y total para las actitudes propias y la de otros en 44 estudiantes de enfermería menores de 20 años

Subescala/Ítem	Sexualidad		Valor de p
	Propia	Otros	
Autoerotismo	4,2 ± 2,1	5,4 ± 1,9	< 0,001
La masturbación como práctica sexual aceptable si no se tiene pareja	5,1 ± 2,8	5,9 ± 2,7	0,037
Grabar la actividad sexual con la pareja es aceptable si te excita	3,6 ± 2,8	5,6 ± 2,5	< 0,001
Es aceptable pensar o soñar despierto con la actividad sexual	6,8 ± 2,3	6,8 ± 2,2	1,000
Fantasear con alguien más cuando se tiene sexo con la pareja es aceptable	2,9 ± 2,5	3,0 ± 2,3	0,723
En el matrimonio la masturbación es aceptable como escape sexual	3,2 ± 2,7	4,8 ± 2,8	< 0,001
Usar la pornografía como un medio para estimular la propia excitación	3,8 ± 2,8	5,8 ± 2,5	< 0,001
La masturbación libera la energía sexual cuando se es soltero	4,5 ± 3,2	6,6 ± 2,4	< 0,001
En una relación sexual las personas pueden fantasear con alguien más	3,2 ± 2,7	4,7 ± 2,9	0,001
Heterosexualidad	5,2 ± 1,7	6,3 ± 1,4	< 0,001
Tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio	7,7 ± 2,1	7,6 ± 2,2	0,613
Usar la actividad sexual para el propio placer	6,2 ± 2,7	6,7 ± 2,4	0,072
Tener sexo con una persona del sexo opuesto el día en que se conocen	2,7 ± 2,5	5,2 ± 2,7	< 0,001
Practicar sexo oral con alguien del sexo opuesto	6,3 ± 3,1	6,7 ± 2,6	0,177
Participar en relaciones sexuales anales con una pareja del sexo opuesto	3,4 ± 3,1	5,7 ± 2,7	< 0,001
La participación en relaciones sexuales es para reproducirse, no por placer	8,4 ± 1,3	6,0 ± 2,9	< 0,001
Las relaciones sexuales sólo se practican con el compañero afectivo	2,6 ± 2,4	7,7 ± 1,7	< 0,001
Sólo se tiene relaciones sexuales con la pareja que se ama	4,0 ± 3,0	3,8 ± 2,6	0,713
Homosexualidad	2,5 ± 1,9	4,7 ± 2,3	< 0,001
Se tendría sexo oral con una pareja del mismo sexo	2,2 ± 2,4	4,6 ± 3,3	< 0,001
Es aceptable involucrarse con personas de los dos sexos	2,1 ± 2,0	4,7 ± 2,5	< 0,001
Es aceptable ser atractivo a miembros del mismo sexo, así como del sexo opuesto	4,9 ± 3,0	5,8 ± 2,5	0,052
Sería aceptable aceptar avances sexuales de una persona del mismo sexo	1,9 ± 1,3	3,1 ± 2,4	0,005
Se participaría en relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo	2,1 ± 1,7	4,9 ± 2,8	< 0,001
Se participaría en caricias mutuas con una persona del mismo sexo	2,0 ± 1,9	4,8 ± 2,5	< 0,001
Es aceptable compartir la sexualidad con miembros del mismo sexo	2,3 ± 2,1	5,1 ± 2,9	< 0,001
Es aceptable ser atraído por miembros del mismo sexo	2,4 ± 2,3	5,0 ± 2,7	< 0,001
Variaciones sexuales	3,3 ± 1,7	4,9 ± 1,7	< 0,001
Podría estar involucrado en más de una relación sexual al mismo tiempo	3,4 ± 2,9	3,3 ± 2,7	0,963
Es aceptable vestir ropas del sexo opuesto si se encuentra excitante	2,3 ± 1,9	4,5 ± 2,3	< 0,001
Es aceptable infligir dolor a otra persona con su consentimiento	2,9 ± 2,7	3,9 ± 2,3	0,017
Es aceptable observar a otras personas durante su actividad sexual	2,5 ± 2,1	4,5 ± 2,7	< 0,001
Es aceptable disfrutar siendo dominado en una relación sexual	3,9 ± 2,8	5,9 ± 2,7	< 0,001
Es aceptable disfrutar siendo el dominador en una relación sexual	5,8 ± 2,8	6,2 ± 2,4	0,349
Es aceptable recibir una llamada obscena si es excitante	3,1 ± 2,7	5,4 ± 2,8	< 0,001

Subescala/Ítem	Sexualidad		Valor de p
	Propia	Otros	
Es aceptable practicar el sexo grupal	2,5 ± 2,4	4,7 ± 2,7	< 0,001
Comercio sexual	4,1 ± 1,4	5,4 ± 1,5	< 0,001
Mirar pornografía con la pareja para aprender nuevas técnicas sexuales	5,8 ± 3,0	7,2 ± 2,1	< 0,001
No debe haber censura a la pornografía para poder disfrutarla	4,7 ± 3,0	5,3 ± 2,3	0,181
Practicaría el sexo más frecuentemente si observara pornografía	2,5 ± 2,3	4,0 ± 2,3	< 0,001
Es aceptable vender servicios sexuales por dinero	2,0 ± 2,2	3,0 ± 2,3	< 0,001
Es aceptable mirar pornografía para mejorar sus relaciones sexuales	5,2 ± 3,1	7,0 ± 2,3	< 0,001
Es aceptable participar en espectáculos sexuales por dinero	1,9 ± 2,0	3,8 ± 2,6	< 0,001
Es aceptable practicar la prostitución	1,6 ± 1,5	4,1 ± 2,9	< 0,001
Ver pornografía es malo	7,6 ± 1,7	7,4 ± 2,2	0,719
Total de la escala	3,8 ± 1,4	5,3 ± 1,5	< 0,001

Discusión

En este estudio en el que se aplicó la TASQ a 44 estudiantes de enfermería menores de 20 años, se encontró para la escala total un puntaje de actitudes hacia la sexualidad de 4,6 que, en el rango de 1 a 9, indicaría una actitud moderada hacia ella. Para el total de la escala y por subescala se observó que el puntaje hacia la sexualidad propia fue significativamente menor que el aceptado para la sexualidad de los demás. Estos hallazgos son semejantes a los reportados por el autor del TASQ (12) en un estudio en el que aplicó este instrumento a 194 estudiantes norteamericanos. Esto además está en consonancia con lo reportado sobre que los puntajes de actitudes hacia la sexualidad propia y ajena pueden diferir en el mismo sujeto (11).

Aunque desde hace más de tres décadas la tolerancia social hacia la homosexualidad ha aumentado a nivel mundial, la literatura sugiere que en la enfermería la intolerancia continúa. En nuestro estudio, la subescala de heterosexualidad tuvo una actitud de moderada aceptación, mientras que en la de homosexualidad fue baja. Las actitudes homofóbicas no son inusuales en la práctica de enfermería. Una revisión sistemática de artículos publicados entre 1998 y 2008 reportó que entre el 7% y el 16% de los estudiantes de este pregrado presentó algún grado de homofobia (13). En un estudio (14) se encontró que los homosexuales y las lesbianas cuando son pacientes reciben actitudes negativas, pobre calidad del cuidado, aislamiento social y hasta malos tratos de parte del profesional de enfermería, lo que les obli-

ga ocultar su orientación sexual por temor a recibir una atención discriminatoria. Adicionalmente, el mismo estudio reportó que, si pudieran elegir, una buena parte de los enfermeros graduados o estudiantes rechazarían el cuidado de un paciente homosexual. Blackwell (15) ha sugerido que esta situación podría ser remediada si se incluyeran en los lugares de trabajo políticas de protección a estos colectivos que reduzcan la discriminación que reciben del mismo personal de salud.

Las variaciones sexuales son términos usados por los clínicos e investigadores para referirse a deseos y comportamientos sexuales considerados atípicos, incluidos el exhibicionismo, el fetichismo, el voyerismo, el masoquismo y el sadismo sexual. Algunos autores (16) afirman que los enfermeros con frecuencia se sienten poco calificados para distinguir estos comportamientos para tenerlos en cuenta en el Plan de Cuidados. En esta investigación, la subescala de *variaciones sexuales* obtuvo una puntuación de 4,1, la segunda más baja después de la de homosexualidad. Los ítems con puntajes mayores tuvieron que ver con el sadomasoquismo.

En el estudio de validación de una escala de actitudes hacia el sadomasoquismo (17), se encontró que la mayor varianza era explicada por la actitud conservadora y que las personas con experiencia o amigos y familiares que tenían estas prácticas sexuales no tradicionales tuvieron mejores actitudes que el resto.

Otro estudio en casi 29 000 australianos sobre las características psicosociales de las personas que practican sadomasoquismo (18) encontró que el 2% confesó haber

vivido esta experiencia, la mayoría de orientación homosexual o bisexual; además, estas personas visitaban páginas sexuales en Internet, tenían sexo grupal o pagaban sexo telefónico con mayor frecuencia que el resto.

La subescala de comercio sexual en este estudio tuvo un puntaje promedio de 4,8, lo que indica una actitud positiva moderada. Los ítems que midieron actitudes hacia la pornografía mostraron los mayores puntajes: para estos estudiantes de enfermería, aunque es malo verla, sirve para aprender nuevas técnicas sexuales y mejorar la relación de la pareja. Las causas del uso de pornografía han sido abordadas por varios autores. En universitarios españoles se encontró que uno de cada dos reportaba haber tenido exposición a la pornografía: las revistas, los sitios en Internet y las películas fueron los más empleados (19).

Estudiosos del tema (20, 21) han hallado que, aunque los medios masivos de comunicación juegan un importante papel en la socialización de los jóvenes, la Internet puede tener un impacto negativo en las actitudes hacia la sexualidad, pues los jóvenes que se exponen a las páginas de contenido sexual tenían probabilidad de tener más conductas de riesgo, como sexo en grupo y consumo de alcohol y de sustancias. En cuanto al *autoerotismo*, los datos en nuestra investigación mostraron, al igual que para el resto de subescalas, una mayor tolerancia hacia las actitudes de los otros que hacia la propia, hallazgo que concuerda con lo reportado en un estudio en universitarias peruanas (22).

Las razones por las cuales las actitudes de los enfermeros hacia la sexualidad no siempre son las mejores han sido objeto de estudio constante desde hace más de 30 años. Algunas de las explicaciones asocian en forma directa el conocimiento sobre la sexualidad con una adecuada actitud hacia ésta. Un estudio en Taiwán (23) halló relación entre las actitudes positivas hacia la sexualidad y un mayor número de años de formación en enfermería, situación por la cual sugiere fortalecer la formación de los enfermeros en la temática de la sexualidad humana que se brinda en el pregrado, además del manejo de destrezas de consejería en este difícil tema.

Por otro lado, el liberalismo se ha relacionado con actitudes positivas frente a la sexualidad, mientras que el conservatismo se asociaría a actitudes negativas (24, 25). Ahora bien, es posible tener actitudes conservadoras hacia la sexualidad propia y más liberales hacia las de los otros, lo que dificultaba el cuidado integral que debía brindársele a las personas (22).

La liberalidad hacia la sexualidad también se ha asociado al género. Algunos autores (26) sugieren que las mujeres son más conservadoras que los hombres con

respecto a conductas como el sexo grupal y la pornografía, pero son más tolerantes a la homosexualidad, hecho que también se observó en nuestro estudio, lo que pudo deberse al predominio del sexo femenino en la muestra. Aunque en esta época la mujer está teniendo un rol sexual mucho más activo y sus actitudes hacia la sexualidad están cambiando, es preocupante que en cuanto a conductas sexuales de riesgo se estén igualando con el sexo masculino.

Un estudio en universitarios brasileños (19) reveló una tendencia liberal a los temas sexuales, principalmente en el respeto a la orientación sexual del otro, hallazgos similares a los obtenidos en estudiantes universitarios norteamericanos caucásicos (12). La mayor aceptación de la sexualidad del otro es característica de un posicionamiento ideológico liberal, donde hay una mayor tolerancia a la diferencia y apertura al cambio que en la población general, atribuida a otros factores, especialmente a la mayor liberalización del comportamiento sexual de los jóvenes de hoy en día.

La enfermería es un servicio a la sociedad, por lo que debemos estar preparados para enfrentar las condiciones complejas y cambiantes de la práctica profesional (21). La sexualidad ha sido reconocida como un importante y relativamente nuevo aspecto de la práctica de enfermería que debe ser objeto de investigación. Hoy más que nunca la enfermería juega un papel crucial en la valoración de la salud sexual y en la consejería sobre ésta, por lo cual se debe aprender a hacerlo con sensibilidad, independientemente de la orientación sexual de la persona y propiciando un ambiente de respeto y aceptación.

Para cumplir con este objetivo, es preciso que las facultades de enfermería identifiquen las actitudes que frente a la sexualidad tienen los futuros enfermeros, con el propósito de intervenir su formación académica. Ésta debe propender por el cumplimiento de los tres elementos prioritarios en la ética de la enfermería: cuidar al paciente y respetar su dignidad, evitar causar daño y comprometerse con la no discriminación.

Conclusión

Los estudiantes de enfermería participantes en este estudio demostraron una moderada aceptación frente a las actitudes hacia la sexualidad propia y ante las de otros, por lo que se aconseja incluir estrategias curriculares que ayuden a moldear sus actitudes frente a la sexualidad humana con el fin de que desde estudiantes presten un cuidado de enfermería con respeto y tolerancia hacia la sexualidad de los demás.

Referencias

- (1) Henderson V. The concept of nursing. *J Adv Nurs*. 2006 Jan;53(1):21-31.
- (2) World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision [document on the Internet]. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization; 2011 [access: 2014 Sep 23]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf?ua=1
- (3) White I. Facilitating sexual expression: challenges for contemporary practice. In: Hazel H, White I, editors. *The challenge of sexuality in health care* [book on the Internet]. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002 [access: 2014 Sep 23]. pp. 241-263. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9780470774342>
- (4) Julien JO, Thom B, Kline NE. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncol Nurs Forum*. 2010 May;37(3):E186-190.
- (5) Tsai YF. Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 2004 Nov;17(4):257-264.
- (6) Ajzen I, Fishbein M. The influence of attitudes on behavior. In: Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP, editors. *The handbook of attitudes* [book on the Internet]. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2005 [access: 2014 Sep 23]. pp. 173-221. Available from: http://apollo.psico.unimib.it/shared/psychoscope/site/reference_pap/AF_Chap2005.pdf
- (7) Kong SK, Wu LH, Loke AY. Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. *J Clin Nurs*. 2009 Aug;18(16):2372-2382.
- (8) Kim M, Nam HA. A study on sexual attitude, gender role perception, and sex communication of nursing students. *J Convergence Inform Technol*. 2013;8(14):452-458.
- (9) Sehnem GD, Ressel LB, Junges CF, Silva FM, Barreto CN. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):90-96.
- (10) Suominen T, Koponen N, Staniuliene V, Istomina N, Aro I, Kisper-Hint IR *et al*. Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scand J Caring Sci*. 2009 Jun;23(2):282-289.
- (11) Sung SC, Lin YC. Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurs Educ Today*. 2013 May;33(5):498-503.
- (12) Hannon R, Hall D, González V, Cacciapaglia H. Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire. In: Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Davis SL, editors. *The handbook of sexuality-related measures* [book on the Internet]. 3rd Edition. Oxon, UK: Routledge; 2010 [access: 2014 Sep 23]. pp. 68-70. Available from: http://books.google.com.co/books?id=1VTbAAAAQBAJ&printsec=front-cover&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
- (13) Campo A, Herazo E, Cogollo Z. Homofobia en estudiantes de enfermería. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):839-843.
- (14) Malini JAM. Disapproval, prejudice and adequate care; can they coexist? Homosexuality and health care. *J Undergrad Nurs Writ*. 2008 Oct;2(1):40-48.
- (15) Blackwell CW. Registered nurses' attitudes toward the protection of gays and lesbians in the workplace. *J Transcult Nurs* 2008 Oct;19(4):347-353.
- (16) Blackwell CW, Kiehl EM. Homophobia in registered nurses: impact on LGBT youth. *J LGBT Youth*. 2008 Sep;5(4):28-48.
- (17) Yost MR. Development and validation of the attitudes about sadomasochism scale. *J Sex Res*. 2010 Jan;47(1):79-91.
- (18) Richters J, DeVisser RO, Rissel CE, Grulich AE, Smith AM. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadomasochism" or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med*. 2008 Jul;5(7):1660-1668.

(19) Navarro BB, Ros LS, Latorre JM, Escribano JC, López VH, Romero MM. Hábitos, preferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Rev Clín Med Fam.* 2010 oct;3(3):150-157.

(20) Braun DK, Rojas M. Exposure to sexually explicit web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *J Adolesc Health.* 2009 Aug;45(2):156-162.

(21) Braithwaite SR, Couldson G, Keddingtong K, Fincham FD. The influence of pornography on sexual scripts and hooking up among emerging adults in college. *Arch Sex Behav.* 2015 Jan;44(1):111-123.

(22) Roa YM. Actitudes hacia la sexualidad en jóvenes universitarias de Lima, Perú. *Rev Per Obst Enf.* 2008;4(1):35-44.

(23) Hou SY, Pan SM, Ko NY, Liu HC, Wu SJ, Yang WC *et al.* Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci.* 2006 Aug;22(8):390-397.

(24) Ho TM, Fernández M. Patient's sexual health: do we care enough? *J Ren Care* 2006;32(4):183-186.

(25) Guerra VM, Gouveia VV, Sousa DM, Lima TJ, Freires LA. Sexual Liberalism-Conservatism: the effect of human values, gender, and previous sexual experience. *Arch Sex Behav.* 2012 Aug;41(4):1027-1039.

(26) Meston CM, Ahrold T. Ethnic, gender, and acculturation influences on sexual behaviors. *Arch Sex Behav.* 2010 Feb;39(1):179-189.

Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients

Síntomas de ansiedad y depresión en familiares de pacientes en la UCI

Sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes na UCI

• Maria Kourti¹ • Efstathia Christofilou² • George Kallergis³ •

•1• RN, BSc, MSc, PhD. Faculty of Nursing, University of Athens, Intensive Care Unit, "Laiko" General Hospital of Athens. Athens, Greece. e-mail: nursemak@yahoo.gr

•2• RN, BSc, MSc. Head Nurse of Intensive Care Unit, "Laiko" General Hospital of Athens. Athens, Greece.

•3• MD, PhD. Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Athens. Athens, Greece.

Fecha de recibido: 23/08/12 Fecha de aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48670>



Abstract

Objective: This study investigated symptoms of anxiety and depression in relatives of patients admitted in the Intensive Care Unit and determined whether these symptoms were associated to the seriousness of the patients' condition.

Methodology: A total of 102 patients' relatives were surveyed during the study. They were given a self-report questionnaire in order to assess demographic data, anxiety and depression symptoms. The symptoms of anxiety and depression were evaluated with the *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Patient's condition was evaluated with *A.P.A.C.H.E II Score*.

Results: More than 60% of patients' relatives presented severe symptoms of anxiety and depression. No relation was found between symptoms of anxiety and depression of the relatives of patients and patients' condition of health. On the contrary, these feelings used to exist regardless of the seriousness of patient's condition.

Conclusions: The assessment of these patients is recommended in order serious problems of anxiety and depression to be prevented.

Descriptors: Anxiety; Depressive Disorder; Intensive Care Units; Visitors to Patients (source: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: El presente estudio se propuso investigar los síntomas de ansiedad y depresión en familiares de pacientes que fueron admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos y se determinó si estos síntomas se asociaron con la gravedad de la condición del paciente.

Metodología: Durante este estudio se encuestó un total de 102 familiares de pacientes, a quienes se les solicitó diligenciar un cuestionario auto-administrado para estimar aspectos sociodemográficos y síntomas de ansiedad y depresión. Los síntomas de ansiedad y depresión fueron evaluados con la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. La condición del paciente fue evaluada con el *A.P.A.C.H.E II Score*.

Resultados: Más del 60% de los familiares encuestados presentaron síntomas severos de ansiedad y depresión. No se encontró relación entre los síntomas de ansiedad y depresión de los familiares de los pacientes y el estado de salud de éstos. Por el contrario, aquellas sensaciones solían darse con independencia de la gravedad de la condición del paciente.

Conclusiones: Se recomienda la evaluación de estos pacientes para evitar problemas serios de ansiedad y depresión.

Descriptores: Ansiedad; Trastorno Depresivo; Unidades de Cuidados Intensivos; Visitas a Pacientes (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: O presente estudo pesquisou os sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes que foram admitidos na Unidade de Terapia Intensiva e se determinou se esses sintomas se associaram com a gravidade da condição do paciente.

Metodologia: Durante este estudo se inquiriu um total de 102 familiares de pacientes, a quem se solicitou diligenciar um questionário auto-administrado, para estimar aspectos sociodemográficos e sintomas de ansiedade e depressão. Os dados sobre sintomas de ansiedade e depressão foram processados usando a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. A condição do paciente foi avaliada com o *A.P.A.C.H.E II Score*.

Resultados: Mais de 60% dos familiares questionados apresentaram sintomas severos de ansiedade e depressão. Não se encontrou relação entre os sintomas de ansiedade e depressão dos familiares dos pacientes e o estado de saúde deles. Pelo contrário, essas sensações com frequência se apresentavam com independência da gravidade da condição do paciente.

Conclusões: Recomenda-se a avaliação destes pacientes para evitar problemas sérios de ansiedade e depressão.

Descritores: Ansiedade; Transtorno Depressivo; Unidades de Terapia Intensiva; Visitas a Pacientes (fonte: DECS BIREME).

Background

It is generally accepted that hospitals are places where emotions of anxiety, depression and sometimes aggressiveness can be expressed both by health care professionals and patients or their relatives (1). It is also understood that patients who are admitted in specific wards of the hospital, such as Intensive Care Units and Operating Rooms, are more likely to develop these feelings. However, ICU is probably the only place where patients' relatives seem to suffer more, not only because of the critical ill's condition, but also because of the fact that relatives must represent the patient and, in some cases, may need to take a decision for him (2).

Researches have shown that in half of the cases, people who visit ICU patient and they are close to him/her have difficulties in understanding doctors' information about prognosis, diagnosis and results of the cure (3), so anxiety and depression symptoms may occur to those relatives quite often (4, 5). In both cases relatives make efforts to share with ICU staff the burden of decisions related to quality and sometimes length of life of their beloved persons (6).

Aim of this study was to examine the presence of anxiety and depression symptoms in relatives of ICU patients that admitted in the Intensive Care Unit of a General Public Hospital in Athens, Greece, and whether such feelings are connected to the critical ill's condition.

Methods

A total of 151 questionnaires were given to the family members of ICU patients from August 2008 to September 2010. Finally, 102 of them were enrolled in this study—62 females and 40 males—. The criteria for the participants were as follows: a) to have visited the ICU patient at least two times in a row (7); and b) that the patient to be intubated for 48 hours at least (8). HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (9) was distributed to the family members of the patients, after visiting the patient and being informed about his condition from the doctor in charge.

Data collection occurred from August 2008 to September 2010, after being approved by the Review Board of the hospital where the study took place. Two measurements took place: The first one, 7-10 days from the admission of the patient in the ICU (10-12) and the second one, after 15-20 days from the admis-

sion—7-10 days after first measurement— (11). For each measurement, questionnaires were given to the same relative and always after doctors' information about patient's condition.

The supplementation of the questionnaires was anonymous and each one had a code number in order to be recoded and used for the purposes of the study. Relatives that completed the first questionnaire and their patient died between the two data collection point, were after excluded from the study. Patient's condition was evaluated with A.P.A.C.H.E II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II*) score. The score was calculated for each patient before the delivery of the questionnaires to his relatives and relatives were unknown of this score. The higher the score was getting, the more the patient's condition was deteriorating.

We devised a questionnaire to obtain demographic information on age, gender, relationship between family member and patient—husband, wife, son, daughter, brother, sister, mother, father—, prior relationship with ICU as a family member, place of staying and frequency of communication with ICU patient. The questionnaire also included the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), which presented high internal consistency; Cronbach's α coefficient was 0,91—0,863 for anxiety and 0,855 for depression—. The validation of the scale in the Greek population is included in the study of Michopoulos *et al.* (13) and the Greek translation has been done by Mystakidou *et al* (14).

This scale consists of two subscales, being one for anxiety (HADS-Anxiety) and other one for depression (HADS-Depression). Each subscale has seven multiple choice questions. There are four answer choices for each question, each with a score that varies from 0 to 3. The total HADS score varies from 0 to 21 points—being 0 to 21 for anxiety and 0 to 21 for depression—. Interpretation of the HADS scores was performed according to the methodological reference adopted (9).

As such, a score between 0 and 7 was interpreted as *no case* of depression or anxiety, scores between 8 and 10, as a *possible case* and scores from 11 to 21, as a *probable case*. *Possible* means something that has a chance of being or happening and the word *probable* means something that can be proven or that appears to be true (15).

Statistical analysis of the data was performed with the use of the statistical program *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 18.0*. The sample characterization data were analyzed descriptively and independent *t* test and *chi* square test were used for the comparative analysis between variables. The adopted level of significance was $< 0,05$.

Results

Demographic and clinical variables. Demographic characteristics of the participants are given in Table 1. From the statistical analysis with *chi-square*, tests occurred that, in both measurements, women seem to suffer more than men from anxiety symptoms ($p < 0,05$) but no correlation was found between gender and symptoms of depression ($p > 0,05$) (see Table 2).

Generally, over 60% of the relatives in first measurement and almost half of them in the second measurement had strong anxiety and depression symptoms. Scores over 11 in subscales of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) showed severe symptoms of these feelings (3), whose results are given in Table 3.

According to Table 3, during first measurement, it was observed that 22,5% relatives were possible cases and 61,8% were probable cases of anxiety. Moreover, according to the same table, 22,5% relatives were possible cases and 49,1% were probable cases of depression. From the same table, it can be also seen that during the second measurement, 18,7% possible cases of anxiety and 61,5% probable cases of anxiety were identified as well as 22% possible cases and 53,8% probable cases of depression.

The A.P.A.C.H.E II score for the majority of the ICU patients fluctuated between 0 and 19 and consequently the possibilities of death for those patients were smaller than 25% (16). The same results occurred from the second measurement too (see Table 4).

Mean scores of *Hospital Anxiety and Depression Scale* and possibilities of death, according to A.P.A.C.H.E II score, were assessed by using independent-samples *t* test. No statistically a significant difference was observed to symptoms of anxiety and depression between relatives whose patient was more likely to live—lower A.P.A.C.H.E II score—and to those whose patient was in a more critical condition ($p > 0,05$). In both measurements, the members of the patient's family seemed to feel very anxious and depressed either patient was doing better or not, according to *chi square* tests (see Table 5 and Table 6).

Discussion

In this study, we aimed to investigate the existence of anxiety and depression symptoms to family members

of patients that were admitted in the Intensive Care Unit of a general hospital in Athens, Greece, and to find out whether such symptoms are associated to critical patient's condition. Consequently, mean anxiety and depression scores are very high to all relatives, regardless of patient's condition.

The HADS-Anxiety scores indicated that almost 62% of the participants faced severe symptoms of anxiety in both measurements. The same results also occurred in other studies (17-18), according to which 73% of the family members suffered from anxiety during the hospitalization of their beloved in ICU and after their discharge of it. In the same studies (17-18), depression symptoms occurred in a lower degree, about 35% of the relatives, comparative to those with anxiety symptoms. In our study, relatives with severe symptoms of depression were fewer comparative to relatives with symptoms of anxiety.

In another study (19), anxiety symptoms occurred in more than 70% of family members, while those with depression symptoms were not more than 40%. Prevalence in women—compared with men—was 69,4% ($p = 0,06$) in first measurement, and 71,4% in second one ($p = 0,015$) for symptoms of anxiety, while no correlation was found between symptoms of depression and gender. These prevalence were similar to those found earlier, as far as the symptoms of anxiety were concerned (20, 19, 6). In the same studies, among family members, women were the most likely to face severe symptoms of depression.

Results found in this study are similar to those found with the utilization of HADS, where the researchers found that 69,1% of family members had anxiety and 35,4% had depression (6). Maruiti *et al.* (15) found that 43,6% of relatives suffer from anxiety and 35,9% suffer from depression, by using the same scale in the family members of ICU patients, in the Intensive Care Unit of Hospital Albert Einstein in Sao Paulo, Brazil.

Anxiety can be identified as a feeling of apprehension and constitutes an individual experience, usually as a consequence of a new situation or experience. This situation or experience can be either pleasant, such as the birth of a child, or unpleasant such as the admission of a beloved person in the ICU (15). The relation between the appearance of anxiety and depression symptoms with unpleasant and stressful events was found in other studies too (6, 21). Depressive symptoms are associated with difficulties in sleep, loss of weight, reduced energy and difficulties to think or concentrate.

Patients' condition assessed with the A.P.A.C.H.E II scale and scores varied from 0 to 19, meaning that the possibilities of death for those patients were lower than 25%

Table 1. Descriptive characteristics of the family members

Family members	Percentages
Men	39,2%
Women	60,8%
Prior relationship with ICU as a family member	29,4%
Place of staying (same house with patient)	52%
Frequency of communication with ICU patient > once a week	78,4%
Staying in town where the hospital is	81%

Table 2. Correlation between relatives' gender and symptoms of anxiety and depression

Gender	Symptoms of anxiety		Symptoms of depression	
	1 st measurement	2 nd measurement	1 st measurement	2 nd measurement
Men	50%	45,7%	40% (16)	40%
Women	69,4%	71,4%	54,8% (34)	62,5%
	$p = 0,06$	$p = 0,015$	$p = 0,25$	$p = 0,091$

Table 3. Percentage of relatives with anxiety and depression symptoms during the two measurements

HADS-Anxiety score	% of relatives		HADS-Depression score	% of relatives	
	1 st measurement	2 nd measurement		1 st measurement	2 nd measurement
0-7	15,7	19,8	0-7	28,4	24,2
8-10	22,5	18,7	8-10	22,5	22,0
≥ 11	61,8	61,5	≥ 11	49,1	53,8
Total	100	100,0	Total	100,0	100,0

Table 4. Percentage of ICU patients in each category of A.P.A.C.H.E II score and the possibilities of death, during the two measurements

A.P.A.C.H.E II score	Possibility of patient's death (%)	% of ICU patients	
		1 st measurement	2 nd measurement
0-19	0-25	62,7	67,0
20-29	25-55	25,5	22,0
30-34	55-75	9,8	5,5
> 34	> 75	2,0	5,5
	Total	100,0	100,0

Table 5. Relation between anxiety and depression symptoms to patient’s relatives and patient’s possibility of death, during first measurement

1 st measurement											
		HADS - Anxiety score			% of ICU relatives			HADS- Depression score			% of ICU relatives
		0-7	8-10	≥ 11				0-7	8-10	≥ 11	
Possibility of patient’s death according to APACHE II score	0-25%	15,6%	17,2%	67,2%	100%	Possibility of patient’s death according to APACHE II score	0-25%	20,3%	28,1%	51,6%	100%
	25%-55%	15,4%	26,9%	57,7%	100%		25%-55%	38,5%	15,4%	46,2%	100%
	55%-75%	15,7%	41,7%	41,7%	100%		55%-75%	50%	8,3%	41,7%	100%
Percentage of icu relatives		15,7%	22,5%	61,8%	100%	Percentage of icu relatives		28,4%	22,5%	49%	100%
<i>p</i> = 0,259						<i>p</i> = 0,127					

Table 6. Relation between anxiety and depression symptoms to patient’s relatives and patient’s possibility of death, during the second measurement

2 nd measurement											
		HADS- Anxiety score			% of ICU relatives			HADS- Depression score			% of ICU relatives
		0-7	8-10	≥ 11				0-7	8-10	≥ 11	
Possibility of patient’s death according to APACHE II score	0-25%	14,8%	16,4%	68,4%	100%	Possibility of patient’s death according to APACHE II score	0-25%	26,2%	21,3%	52,5%	100%
	25%-55%	35%	15%	50%	100%		25%-55%	25%	25%	50%	100%
	55%-75%	20%	40%	40%	100%		55%-75%	10%	20%	70%	100%
Percentage of icu relatives		15,7%	22,5%	61,8%	100%	Percentage of icu relatives		15,7%	22,5%	61,8%	100%
<i>p</i> = 0,108						<i>p</i> = 0,806					

(16). However, the A.P.A.C.H.E II scale failed to correlate with symptoms of anxiety and depression in family members, indicating that these symptoms exist during the whole patient's staying in the ICU, regardless to the seriousness of the patient's condition. In another study (6), researchers used the *Simplified Acute Physiology Score II* (SAPS II), in order to evaluate patient's condition, and no correlation was found between SAPS II and symptoms of anxiety and depression to the relatives.

Consequently, it could be said that relatives of patients that admitted in an ICU, face severe symptoms of anxiety and depression (22-24, 5) during the entire hospitalization of the patient and the majority of these relatives needs further help from specialists in Psychology and Psychiatry. The nurses who work in the ICU and have direct contact with patients and relatives too (6, 25, 26) need to recognize these symptoms and adopt ways of minimize them.

All these symptoms can be transmitted from relatives to patients interfere in their health conditions and change their clinical situation (27). Holden *et al.* (28) have shown that development of relationships between critical care nurses and close relatives demands time and energy, but it can also help to reduce stress for all concerned. Physicians should also be committed to caring not only for the patients but for their families too and more studies establishing the clinical impact of anxiety and depression symptoms are necessary to be done (29).

References

- (1) Carlet J, Garrouste M, Dumay MF, Diaw F, Guidet B, Timsit JF *et al.* Managing intensive care units: make love, not war! *J Crit Care*. 2010 Jun;25(2):359.e9-359.e12.
- (2) Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse*. 2009 Jun;29(3):28-34.
- (3) Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E *et al.* Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007 Feb;35(2):605-622.
- (4) Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L *et al.* Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. 2010 Feb;137(2):280-287.
- (5) Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loeth DB, Prigerson HG. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008 Jun;36(6):1722-1728.
- (6) Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care*. 2012 Oct;18(5):540-547.
- (7) Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intens Care Med*. 2009 Dec;35(12):2051-2059.
- (8) Rothen HU, Stricker KH, Heyland DK. Family satisfaction with critical care: measurements and messages. *Curr Opin Crit Care*. 2010 Dec;16(6):623-631.
- (9) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-370.
- (10) Pillai L, Aigalika S, Vishwasrao SM, Husainy SM. Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder? *Indian J Crit Care Med*. 2010;14(2):83-87.
- (11) Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med*. 2008 Nov;23(11):1871-1876.
- (12) Pillai LV, Ambike D, Husainy S, Vaidya N, Kulkarni SD, Aigolika S. The prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in relatives of severe trauma patients admitted to the intensive care unit. *Indian J Crit Care Med*. 2006;10(3):181-186.
- (13) Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G *et al.* Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*. 2008 Mar;7:4.
- (14) Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Apr;33(4):455-461.

- (15) Maruiti MR, Galdenao LE, Dias OGF. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):636-642.
- (16) Bian Y, Zhang P, Xiong Y, Xu F, Zhu S, Tang Z, Xue Z. Application of the APACHE II score to assess the condition of patients with critical neurological diseases. *Acta Neurol Belg.* 2015 Jan;[Epub ahead of print].
- (17) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G *et al.* Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med.* 2004 Sep;32(9):1832-1838.
- (18) Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of icu families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Intensive Care.* 2014 Nov;4:37.
- (19) Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M *et al.* Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005 Mar;20(1):90-96.
- (20) Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Pavlou E *et al.* Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res.* 2006 Nov;61(5):719-722.
- (21) Brand A, Leor S, Apter A, Fennig S. The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *J Nerv Ment Dis.* 2014 Oct;202(10):759-762.
- (22) Płaszewska L, Gazda D. Emotional reactions and needs of family members of icu patients. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2012;44(3):145-149.
- (23) Carlet J, Garrouste M. Welcome to our intensive care unit, make yourself at home! *Crit Care Med.* 2009 Jul;37(7):2313-2314.
- (24) Carson SS, Vu M, Danis M, Camhi SL, Scheunemann LP, Cox CE *et al.* Development and validation of a printed information brochure for families of chronically ill patients. *Crit Care Med.* 2012 Jan;40(1):73-78.
- (25) Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs.* 2012 Jun;68(6):1198-1210.
- (26) Peigne V, Chaize M, Falissard B, Kentish N, Rusinova K, Megarbane B *et al.* Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 2011 Jun;39(6):1365-1371.
- (27) Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C *et al.* A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the icu. *N Engl J Med.* 2007 Feb;356(5):469-478.
- (28) Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit: a literature review. *Nurs Crit Care.* 2015 Jan;[Epub ahead of print].
- (29) Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. icu care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the icu. *Chest.* 2011;139(4):795-801.

Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metasíntesis

Reconstruindo o significado da qualidade de vida dos cuidadores em cuidados: uma metassíntese

Rebuilding the meaning of quality of life for caregivers care: a meta-synthesis

• Sonia Patricia Carreño Moreno¹ • Lorena Chaparro Díaz² •

•1• Candidata a Doctora en Enfermería. Profesora Auxiliar, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: spcarrenom@unal.edu.co

•2• Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 22/11/12 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48103>



Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles afectan la calidad de vida de las personas que las padecen y de sus cuidadores familiares. Se ha demostrado que se cambian los estilos de vida, aparece el dolor y las limitaciones, se altera la socialización y surgen sentimientos de pérdida y muerte. Se requiere por esto hacer una revisión sistemática del conocimiento generado para construir teóricamente el concepto de calidad de vida de los cuidadores familiares.

Objetivo: Realizar una integración interpretativa a partir de la evidencia científica del fenómeno de calidad de vida de cuidadores de personas con enfermedad crónica.

Método: Metasíntesis de 24 artículos publicados de investigaciones científicas del fenómeno de calidad de vida de cuidadores de personas con enfermedad crónica, de bases de datos electrónicas reconocidas en enfermería y salud a partir del método de Sandelowski y Barroso (2006).

Resultados: Emergió un planteamiento hipotético denominado *Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado* que se sustenta en tres momentos para el significado de calidad de vida: vivir en desasosiego, vivir para la calidad de vida del otro y construir la propia calidad de vida.

Conclusiones: La reconceptualización de la calidad de vida de los cuidadores genera en el cuidador una forma diferente de percibir su experiencia, la cual está condicionada por los asuntos morales que están asociados a la labor de ser cuidador y las opciones de desarrollo humano con el significado espiritual emergente. La construcción del significado de calidad de vida para el cuidador se da a través de la experiencia de cuidado, edificándose en el ejercicio de su rol de cuidador, el cual responde a factores estrechamente relacionados con lo moral y evoluciona tomando un significado espiritual.

Descriptor: Cuidadores; Calidad de Vida; Enfermedad Crónica; Enfermería Basada en la Evidencia (fuente: DECS BIREME).

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis afetam a qualidade de vida das pessoas que as sofrem e de seus cuidadores familiares. Demonstrou-se que este estilo de vida apresenta mudanças como dor e limitações que aparecem, a socialização que é alterada e o surgimento de sentimentos de perda e morte. Por este motivo, é necessário fazer uma revisão sistemática do conhecimento gerado, para construir teoricamente o conceito de qualidade de vida dos cuidadores familiares.

Objetivo: Fazer uma integração interpretativa da evidência científica do fenômeno da qualidade de vida para os cuidadores de pessoas com doença crônica.

Método: Metassíntese de 24 artigos publicados com base na pesquisa científica do fenômeno da qualidade de vida para os cuidadores de pessoas com doença crônica, em bases de dados eletrônicas reconhecidas em enfermagem e saúde do método de Sandelowski e Barroso (2006).

Resultados: Surgiu uma abordagem hipotética chamada *Reconstruindo o significado da qualidade de vida dos cuidadores em cuidados* que é baseada em três momentos para o significado da qualidade de vida: viver em ansiedade, viver para a qualidade de vida do outro e construir a própria qualidade de vida.

Conclusões: A reconceitualização da qualidade de vida dos cuidadores gera uma maneira diferente de perceber a sua experiência, que é condicionada pelos problemas morais que estão associados com o trabalho de ser cuidador e as opções de desenvolvimento humano com o significado espiritual emergente. A construção do significado da qualidade de vida para o cuidador é dado através da experiência do cuidado, sendo construído no exercício do seu papel de cuidador, que responde a fatores intimamente relacionados à moral e evolui tendo um significado espiritual.

Descritores: Cuidadores; Qualidade de Vida; Doença Crônica; Enfermagem Baseada em Evidências (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Chronic non-communicable diseases affect quality of life of people who suffer them and their family caregivers. It has been shown that lifestyles change, pain and limitations appear, socializing alters, and feelings of loss and death occur. This is why it is required to make a systematic review of the knowledge generated in order to theoretically build the concept of quality of life of family caregivers.

Objective: To perform an interpretative integration from the scientific evidence of quality of life phenomenon of people's caregivers with chronic diseases.

Method: It is a meta-synthesis of 24 papers published on scientific investigations of quality of life phenomenon of people's caregivers with chronic disease, from electronic databases recognized in nursing and health from the Sandelowski and Barroso method (2006).

Results: It came a hypothetical approach called *Rebuilding the meaning of quality of life of carers in care* which is based on three times for the meaning of quality of life: living in distress, living for the quality of life of the other, and building one's quality of life.

Conclusions: Reconceptualization of the quality of life of caregivers generates for the caregiver a different way of perceiving his or her experience, which is conditioned by the moral issues associated with the work of being a caregiver and human development options with emerging spiritual meaning. The building of the meaning of quality of life for the caregiver is given through the experience of care, building itself on the exercise of their caregiving role, which responds to factors closely related to moral and evolves taking a spiritual meaning.

Descriptors: Caregivers; Quality of Life; Chronic Disease; Evidence - Based Nursing (source: DECS BIREME).

Introducción

Las enfermedades crónicas se han convertido en un fenómeno de salud de interés mundial, pues forman parte de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los perfiles epidemiológicos de Colombia y del mundo. Según estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (ops), en el 2012 las 10 causas principales de muerte estuvieron relacionadas con: las enfermedades cerebro-vasculares (en 31 países), las cuales ocuparon el primer lugar en 9 países; la cardiopatía isquémica (en 31 países), que ocupó el primer lugar en 15; la diabetes (en 30 países); la insuficiencia cardíaca y sus complicaciones (en 27 países); y las enfermedades hipertensivas (en 24 países). Estas cifras muestran la prevalencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones como primeras causas de muerte y un problema de gran importancia sobre el cual se debe actuar de manera prioritaria (1).

El impacto que estas condiciones de salud generan para los sistemas de salud resalta la significancia social del fenómeno en términos de mayor uso de recursos en salud, la falta de disponibilidad de programas que valoren la experiencia de los involucrados y la necesidad de conocer cómo se impactan las familias que cuidan personas en condiciones crónicas (2). Se reconoce entonces que las personas en situación de enfermedad crónica poseen diferentes grados de dependencia familiar, institucional y social debido al deterioro físico y a las diversas patologías que lo obligan a requerir de un cuidado permanente, haciendo que una persona cercana o familiar asuma el rol de cuidador familiar informal. Este nuevo rol desencadena una serie de modificaciones y transformaciones en la vida de quien lo adquiere, lo cual puede incidir directamente en su calidad de vida (3).

Cabe aclarar que la calidad de vida es un proceso que impacta a los dos actores del cuidado en condiciones crónicas de salud. Sin embargo, existen algunas investigaciones que han abordado la calidad de vida de los cuidadores, por lo que se requiere de un análisis integrativo que identifique elementos moduladores para futuras intervenciones basadas en la evidencia.

Materiales y Métodos

El fenómeno de investigación fue la calidad de vida en la experiencia de ser cuidador de personas en situación de enfermedad crónica. Previo a la selección del método, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica para determinar el estatus de generación de

conocimiento en esta área, con el fin de elaborar una metátesis (4). Así, se pudo establecer que el estado de conocimiento generado en calidad de vida de cuidadores era apto para realizar la investigación que integrara resultados de abordaje cualitativo. De la misma forma, se dio lugar a la pregunta de investigación: *¿Qué muestra el nivel de evidencia científica existente sobre el fenómeno de calidad de vida en la experiencia de ser cuidador de personas en situación de enfermedad crónica?*

El método seleccionado para la realización de la metátesis fue el propuesto por Sandelowski y Barroso, quienes definen el término como “forma de revisión sistemática o integración de hallazgos de investigación cualitativa que son, en sí mismos, síntesis interpretativas de datos, incluyendo fenomenologías, etnografías, teoría fundamentada y otras descripciones integradas y coherentes de fenómenos, eventos o casos en un ámbito concreto” (5).

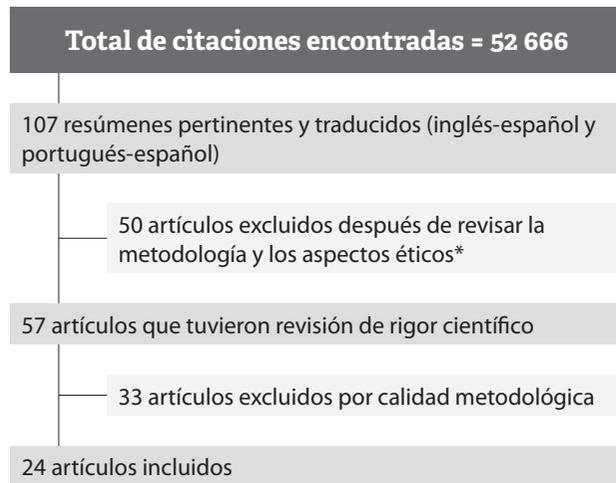
Los criterios de selección utilizados fueron: artículos de investigación cualitativa publicados entre 1995 y 2012, tesis de pregrado y maestría de la Universidad Nacional de Colombia, estudios realizados por enfermería y otras disciplinas que abordaran las dimensiones de calidad de vida. Las palabras clave utilizadas —en inglés y con combinaciones entre descriptores— fueron: *Calidad de vida, Cuidadores, Dimensión espiritual, Dimensión psicológica, Dimensión social, Dimensión física, Espiritualidad*.

Se excluyeron artículos de revisión e investigaciones que no fueran explícitas en los criterios éticos mínimos en la investigación con seres humanos. En el proceso de selección de la muestra se hizo la búsqueda en bases de datos como CINAHL, ScienceDirect, DOAJ (*Directory of Open Access Journal*), EBMR (*Evidence-Based Medicine Review*), *Global Health*, Ebsco Host, Springer, Biblioteca Virginia Henderson, Wiley Online Library y Dynamed.

Se encontró un total de 52 666 artículos, de los cuales 107 fueron pertinentes y se seleccionaron 24 investigaciones (ver Gráfico 1), 5 investigaciones con abordaje de teoría fundamentada, 7 de fenomenología, 1 postfeminista, 7 de análisis de contenido, 3 cualitativo-descriptivos y 1 de etnografía. De esta muestra, 12 investigaciones fueron publicadas en idioma inglés, dos en portugués y 10 en español. Las investigaciones publicadas en inglés y portugués fueron traducidas al español por traductores oficiales, para luego ser incluidas en la metátesis. La muestra del estudio se constituyó de los hallazgos reportados por 24 investigaciones primarias (ver Tabla 1).

El proceso de validación y confiabilidad de los datos fue regido bajo los principios de credibilidad, factibilidad, confirmabilidad y probabilidad de transferencia propuestos por Guba y Lincoln (6), además del proceso

Gráfico 1. Flujograma de revisión y validación de estudios



* Causa de rechazo: diseño cuantitativo = 39 , diseño cuali-cuantitativo = 4 , sin parámetros éticos claros = 1

riguroso de búsqueda, el seguimiento exhaustivo del método, la asesoría constante de expertos durante el análisis y el proceso de comparación constante.

El estudio se basó en los principios éticos establecidos en la legislación colombiana para investigación, en la normativa nacional e institucional de respeto de la propiedad intelectual y en el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Para el análisis se contó con el software *Atlas Ti Versión 6.0*, al cual se le asignaron las investigaciones primarias. El análisis fue realizado por dos investigadores y asesores para la toma de decisiones. En este proceso fue fundamental el seguimiento estricto de las consideraciones propuestas, las cuales crearon de forma inductiva una taxonomía de los hallazgos, por medio de comparaciones continuas y del desarrollo de diagramas que mostraran las propiedades teóricas de los hallazgos.

El análisis inició con la lectura metódica de las investigaciones primarias y su codificación para evitar lo empírico, fraccionando los datos y clasificándolos en códigos que abrieron el camino de la taxonomía. Se requirió del análisis línea por línea para identificar los códigos emergentes y “dejar correr los datos libremente” (7), lo que permitió el surgimiento de las categorías. La comparación constante se dio con el apoyo de los *memos*, elaborados a partir de ideas teóricas sobre los códigos y sus relaciones, y así configurar el mapa del planteamiento hipotético e identificar los conceptos y sus relaciones (7).

A partir de la lectura, relectura y comparación de los datos, surgieron las categorías que representaron un nivel más alto de abstracción al mismo tiempo que su contenido se saturó teóricamente con los códigos (8). Estas categorías y sus propiedades hicieron evidentes las categorías centrales del estudio, también denominadas *familias* por algunos teóricos (9), las cuales determinaron el fenómeno a lo largo de una trayectoria. Estas categorías centrales mostraron estadios, fases, progresiones, transiciones o ciclos de la calidad de vida. Finalmente, se dio paso a un planteamiento que describió los atributos y condicionantes sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares como un fenómeno que se reconstruye a partir de la experiencia vivida. Esto quiere decir que hay particularidades asociadas a la labor de cuidado que dejan una impronta en el cuidador.

Resultados

Se identificaron 134 códigos, 27 categorías y 3 categorías centrales que contenían la forma en que los cuidadores familiares conceptualizan la calidad de vida. Las tablas 2, 3 y 4 presentan el resumen de los hallazgos encontrados en los que se sustenta la nueva interpretación de la calidad de vida en 3 categorías centrales: *Vivir en desasosiego constante*, *Vivir para la calidad de vida de otro* y *Construir la propia calidad de vida*.

Vivir en desasosiego constante

El cuidador tiene una vida precedente que se ve afectada por el diagnóstico de enfermedad crónica de su familiar (12, 16, 20, 26, 27). El diagnóstico de enfermedad crónica y el verse enfrentado a un nuevo rol genera crisis en el cuidador, esto expresado en percepción de pérdida de control y vulnerabilidad (10-15).

El cuidador debe asumir su rol en virtud de algunas condiciones que lo hacen idóneo para ejercer la función. Dentro de éstas suelen estar el tipo de vinculación laboral, el género, el estado civil y la tradición como cuidador al interior de la familia (10, 17-19, 21, 22). De acuerdo con lo anterior, el rol del cuidador termina siendo una imposición, aunque no sea percibida así por el cuidador ni por su familia. El acto de *cuidar* se convierte en obligación por la necesidad de contar con alguien que asuma el cuidado de la persona en situación de enfermedad crónica (23-25).

En principio, asumir el rol de cuidador genera sentimientos adversos (10, 16, 18, 20, 22), los cuales se relacionan con la percepción de vulnerabilidad y no por inconformismos o frustraciones asociadas al acto de cuidar (25, 28-30).

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la metátesis

n	Autor(es)	Año	Población de cuidadores	Idioma/País	Método
1	Rocha H, Rebelo M (10)	2010	Cuidadores de personas con diferentes enfermedades crónicas.	Inglés/Portugal	Fenomenología
2	Green TL, King KM. (11)	2009	Cuidadores de personas con secuelas de evento cerebrovascular.	Inglés/Canadá	Análisis de contenido
3	Davis E, Shelly A, Body R, Waters E, Cook K, Darven M <i>et al</i> (12)	2009	Cuidadores de niños con parálisis cerebral.	Inglés/Australia	Teoría fundamentada
4	Gómez GM (13)	2007	Cuidadoras de personas con demencia avanzada.	Español/Colombia	Teoría fundamentada
5	Vellone E, Piras G, Taluci C, Cohen MZ (14)	2007	Cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.	Inglés/Italia	Fenomenología
6	Santiago OM, Monte SM, Alburque FM, Sousa PJ, Costa PL, Elpidio SF (15)	2008	Cuidadores de niños con parálisis cerebral.	Portugués/Brasil	Análisis de contenido
7	Giraldo C, Franco G (16)	2006	Cuidadoras de personas ancianas.	Español/Colombia	Estudio etnográfico enfocado
8	Sánchez B (17)	2001	Cuidadoras de personas con diferentes enfermedades crónicas.	Español/Colombia	Fenomenología
9	Aldana G, García L (18)	2011	Cuidadoras de personas ancianas con enfermedades crónicas.	Español/Colombia	Fenomenología
10	Lane P, Mckena H, Ryan A, Fleming P (19)	2003	Cuidadores de personas ancianas.	Inglés/Irlanda	Descriptivo
11	Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J (20)	2011	Cuidadores de personas con mieloma múltiple.	Inglés/Reino Unido	No especifican (siguen los principios de teoría fundamentada)
12	Portillo C, Wilson J, Saracibar I (21)	2002	Cuidadores de personas después de un ictus con secuelas	Español/España	Análisis de contenido
13	Algado T, Basterra A, Garrigos I (22)	1997	Cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.	Español/ España	Descriptivo
14	Pavarini SCL, Melo LC, Silva, VM, Orlandi F, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ (23)	2008	Cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.	Portugués/Brasil	Análisis de contenido
15	Johansson C, Axelsson B, Danielson E (24)	2007	Cuidadores de personas en estado terminal.	Inglés/Suecia	Análisis de contenido
16	Williams JK, Skirton H, Paulsen JS, Tripp RT, Jarmon L, Kenney MM <i>et al</i> (25)	2008	Cuidadores de personas con enfermedad de Huntington.	Inglés/Estados Unidos	Análisis de contenido
17	Gallop K, Wild D, Verdian L, Kerr M, Jacoby A, Baker G <i>et al</i> (26)	2010	Cuidadores de niños con Síndrome de Lennox-Gastaut (LGS).	Inglés/Estados Unidos, Reino Unido e Italia	Descriptivo
18	Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC (27)	2007	Cuidadores de niños con discapacidad.	Inglés/Estados Unidos	Fenomenología

n	Autor(es)	Año	Población de cuidadores	Idioma/País	Método
19	Bover A (28)	2006	Cuidadores de personas con diferentes enfermedades crónicas.	Español/España	Postfeminista
20	Alvarado A (29)	2006	Cuidadores de personas con diferentes enfermedades crónicas.	Español/Colombia	Teoría fundamentada
21	Brewin A (30)	2004	Cuidadores de personas con enfermedad pulmonar severa.	Inglés/Reino Unido	Fenomenología
22	Gil E, Escudero M, Prieto RM, Frias OA (31)	2005	Cuidadores de personas con diferentes enfermedades crónicas.	Español/España	Análisis de contenido
23	De la cuesta BC (32)	2009	Cuidadoras de personas con demencia avanzada.	Español/Colombia	Teoría fundamentada
24	Bergs D (33)	2002	Cuidadores de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).	Inglés/Islandia	Fenomenología

Tabla 2. Hallazgos en la categoría central 1: *Vivir en desasosiego constante*

Categoría	Códigos	
Crisis ante el diagnóstico (10-15)	Diagnóstico imprevisto Percepción de muerte Percepción de adversidad Desesperación y desorden	No saber a quién recurrir Evitación Ser vulnerable Pérdida del control
Imposición del rol (10, 16-25)	Ser la persona adecuada Aceptar ser cuidador	Múltiples tareas Improvisando funciones
Expectativas precedentes fallidas (12, 16, 20, 26, 27)	Cambio de planes Proyecto de vida en conflicto Enfrentar nueva vida	
Asumir el cuidado de otro (12, 13, 17, 19-22, 27, 29, 31)	Inseguridad al cuidar Identificar necesidades de otro Estar presto a "dar"	Brindar cuidado instrumental frente a lo desconocido
Sentimientos adversos (10, 16, 18, 20, 22, 25, 28-30)	Sentir miedo Sentir ansiedad Sentir impotencia Sentir incertidumbre Sentir tristeza	Sentirse solo Sentirse frustrado Sentir rabia Sentir culpa
Dejarlo todo (10, 12, 16, 18-20, 22, 23, 26, 28, 30, 31)	Dejar de salir Dejar el ocio Aislamiento social Dejar rutinas pasadas	Dejar de planear Dejar de cuidarse Dejar lo sentimental Dejar la familia
Sentirse cansado (12, 13, 16, 18-24, 28 - 30, 32, 33)	No dormir bien Tareas extenuantes Oficios domésticos	Responsable de más de un hogar No cargar a los demás Dolencias físicas y psicológicas Renunciar a descansar
Ser capaz (10, 14, 16, 18-20, 22, 30, 31, 33)	Asumir todo No pedir ayuda	Demostrar capacidad Ser fuerte
Dependencia (10, 11, 16-18, 20, 22, 24, 30, 31, 33)	Indispensable para otro Hacer todo por otro Estar hipervigilante	Ser absorbido Sobreproteger al otro Falta de libertad

El cuidador no se siente preparado para asumir el nuevo rol, por ello se llena de motivos y de fuerzas para asumirlo (10, 14, 16, 18, 19), aun cuando siente inseguridad y cansancio (20, 22, 30, 31, 33). Las labores de cuidado son complejas por la dependencia del receptor de cuidados (10, 11, 16-18, 24), situación que, sumada a la falta de preparación, la inseguridad, la percepción de descontrol y la adversidad, afectan el bienestar físico del cuidador (12, 13, 19, 21, 23, 28, 29, 32).

Esta categoría central mostró una continua disposición para la acción (10, 12, 16, 18) más que para la reflexión (19, 20, 22, 23), pues se llevan a cabo múltiples tareas por la necesidad de hacerlas, aunque en sí mismas en ese momento no tenga un significado trascendente para el cuidador en términos de su propia calidad de vida (26, 28, 30, 31).

Vivir para la calidad de vida de otro

A medida que las tareas de cuidado se realizan y se repiten, el cuidador va adquiriendo más habilidad instrumental para desarrollarlas (17, 19, 26), lo que le da más tranquilidad y tiempo para organizar su nueva vida (10, 12, 15, 21, 25, 30). Aunque en principio el ser cuidador fue una imposición, la retribución, el compromiso y el deber se convierten en motivos suficientes para mantenerse en el cuidado, para seguir siendo cuidador por decisión (16, 18, 20, 22, 28, 31, 33). En este momento, el cuidador es más consciente de su nuevo rol, por lo que se dispone a organizar la vida para su desarrollo, a capacitarse para el cuidado y a hacer lo más llevadero posible el proceso para renunciar voluntariamente a lo que planeaba previamente (10, 13, 15, 32).

La divergencia que existe entre el plan y la calidad de vida precedente con el actual produce en el cuidador sentimientos ambiguos (10, 16-19, 24). El cuidador tiene un soporte limitado, lo que implica que dedique un buen tiempo a las actividades de cuidado y por tanto se afecte su situación laboral (14, 22, 23, 28, 30, 33). El cuidador prioriza las necesidades del receptor de cuidados sobre las propias, asume la mayor parte de las funciones solo, lo que lleva a una falta de reconocimiento del rol en sí mismo y en los demás: "Es invisible" (10, 16, 18-20, 24, 33).

El tiempo transcurrido en la relación de cuidado, la aceptación y organización de rol de cuidador crean interdependencia entre el cuidador y el receptor de cuidados, pues el cuidador toma la decisión consciente de vivir para cuidar a otro y hace al otro parte de su vida, hasta el punto de compartirlo todo, complementarse y tener una vida conjunta (22, 26, 29, 30, 32, 33).

Construir la propia calidad de vida

En el ejercicio del cuidado y en su propia organización, el cuidador motivado por la experiencia vivida se da un tiempo para la introspección. El cuidador ha observado y ha vivido las vicisitudes de la vida, ha experimentado sentimientos de toda índole, ha sorteado situaciones difíciles, pero también ha sentido la satisfacción del deber cumplido y lo que su acto de cuidado puede lograr en sí mismo y en su ser querido (11, 12, 17, 19, 22, 26, 29). El cuidador se abre campo a reconstruir el sentido de su vida, para lo que es necesario fortalecer la espiritualidad.

El cuidador comprende que no sólo desempeña una tarea más, sino que su rol es determinante en su vida y en la de su receptor de cuidados. Así encuentra una gran satisfacción en su acto de cuidado (10, 13, 15, 16, 21, 30, 33).

El cuidador se reconoce como persona, aprende a identificar sus necesidades y a darse tiempo para sí mismo y para su autocuidado. Se reconoce como cuidador y valora su rol, de manera que se sigue capacitando a sí y a los que están en su misma situación, lo que favorece que se reconozca como cuidador, que lo proyecte y en esa medida sea visible para los demás (10, 13, 16).

El cuidado se constituye en un poder de vida para el cuidador, le da motivos para programarse y para reestructurar su propia calidad de vida, sin descuidar la de su ser querido, pero siendo consciente de que también es importante y que para cuidar necesita primero autocuidarse (21, 24, 29).

Ya en la investigación, las tres categorías centrales originaron un planteamiento hipotético denominado *Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado*. En éste se evidencia que en el ejercicio del rol de cuidador familiar se reconstruye el significado de calidad de vida para el cuidador, pues antes de ser cuidador el sentido de calidad de vida era muy diferente. Este significado no es estático ni universal y se transforma a lo largo de la experiencia de cuidado; cambia a partir de factores intrínsecos y extrínsecos. La calidad de vida se percibe y va tomando una forma diferente, con dimensiones, atributos y rasgos propios de cada etapa de la experiencia vivida de la cronicidad.

El planteamiento procura describir una trayectoria en la cual se muestran las transiciones del concepto de calidad de vida a través de los momentos que se enmarcan en la experiencia de cronicidad. Éstos están mediados por factores como la carga, la dependencia económica, la invisibilidad, el deber moral, el tiempo o el auto-reconocimiento. Del mismo modo, están supeditados por asuntos transversales como la habilidad de cuidado y la espiritualidad que se reconstruye en el cuidado. Estas

Tabla 3. Hallazgos en la categoría central 2: *Vivir para la calidad de vida de otro*

Categoría	Códigos	
Aceptación y reorganización del rol (10, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 25, 28, 30)	Estableciendo rutinas Modificar hábitat Importancia de ser cuidador	Organizando cronogramas Resignación ante el rol
Adquirir conocimiento nuevo y habilidad (10, 17, 19-22, 26)	Información limitada Reconociéndose desinformado	Buscar información Capacitándose en habilidades Falta de formación
Ser invisible (10, 16, 18-20, 24, 33)	Desconocimiento del rol (falta de identidad) Una tarea más	Desapercibido para otros Desconocimiento de la labor Esperar reconocimiento
Necesitando ayuda (13, 14, 18-22, 30, 31)	Reconocer que no puede asumir todo Buscar ayuda	Solicitar colaboración Ayuda limitada
Reorganización del tiempo (10, 13, 15, 32)	Descontrol en el manejo del tiempo	Sin tiempo para nada Muchas tareas y poco tiempo
Dar prioridad a las necesidades de otro (10, 17, 18, 20, 27, 29, 31)	Satisfacer necesidades de otro Primero las necesidades de otro Primero el cuidado luego el autocuidado	Necesidades propias no identificables Olvido de necesidades propias
Sobrellevar una pesada carga (10, 13, 18-20, 25, 32)	Poco tiempo para descansar Necesitando descansar Realizando actividades alternas	Descansando con sentimiento de culpa Descansando sin "descansar" Monotonía
Sentimientos ambiguos (10, 16-19, 24, 33)	Reflexionar sobre sentimientos Pensando en lo que se siente	Compartiendo sentimientos Conflicto de sentimientos
Cumpliendo un deber (13, 16, 18-20, 22, 26, 28, 31, 33)	Retribuir lo recibido Hacer lo que está bien Cumplir un compromiso	Siguiendo lo moral Esperando ser premiado
Aceptando la afectación laboral (14, 16, 18, 22, 23, 28, 30, 33)	Retribuir lo recibido Hacer lo que está bien Cumplir un compromiso	Siguiendo lo moral Esperando ser premiado
Interdependencia (22, 26, 29, 30, 32, 33)	Ser un complemento Compartir todo	Hacerse dependiente del otro Tener una sola vida con otro

Tabla 4. Hallazgos en la categoría central 3: *Construir la propia calidad de vida*

Categoría	Códigos	
Reflexionando acerca de la propia existencia (10-13, 16, 17, 19, 22, 26, 29, 30)	Hacer conciencia del cambio Comprender el cambio	Cambiar desde dentro Vivir el día a día
Reconstruyendo el sentido de la vida (10, 12, 13, 15-17, 21, 29, 30, 33)	Aferrándose a la espiritualidad De la vicisitud a la experiencia	Nueva esencia de la vida Reencontrar sentido a la vida
Auto-reconocerse y ser visible (10, 13, 16, 21, 24, 29)	Reconocerse como cuidador Ser reconocido	Auto-cuidarse para cuidar a otro
De la interdependencia al vínculo genuino (10, 13, 17, 24, 33)	Reconociendo la autonomía del otro Dejar "ser" al otro	Experiencia de dos Creciendo unidos Felicidad conjunta
Reestructurando la vida en el cuidado (13, 16, 21, 27, 29, 30, 32, 33)	Comprendiendo el cuidado Encontrando sentido al cuidado	Percibiendo los beneficios del cuidado Cuidado como símbolo vital
Siendo soporte para otros (13, 22, 23, 25, 29)	Reencontrarse con su rol social Disponiéndose a ayudar	Capacitando a otros Organizando redes
Manejando la carga (13, 15, 32, 29, 30)	Disponerse a descansar Organizando todo para descansar	Delegando cuidados Descansando sin culpa Sintiendo bienestar

transiciones se propician con el soporte social, que en principio es netamente instrumental. En adelante, gracias a la autorreflexión e introspección, se va dando en términos de lo emocional y espiritual.

Discusión

Los resultados permiten reconocer que ante el diagnóstico de enfermedad crónica existe un desorden inicial y una percepción hostil, haciendo que el cuidador sienta temor y angustia en una fase inicial y alterando así algunas dimensiones de la calidad de vida, principalmente el bienestar físico (34). La mayoría de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica eran mujeres, amas de casa, con algún grado de consanguinidad o afinidad con la persona cuidada (35, 39). Éstas asumieron el cuidado por tradición o por la necesidad inmediata de delegar a algún miembro de la familia esta actividad. Arrogarse el cuidado requiere que el cuidador abandone parcial o totalmente sus actividades previas (40), lo que puede desencadenar algunos sentimientos adversos, reforzados por la percepción de fatalidad derivada del diagnóstico.

Dedicarse al cuidado implica realizar tareas domésticas de cuidado directo, que pueden darse en largas jornadas (41, 42), condicionadas por el grado de dependencia de la persona en situación de enfermedad crónica. Además, se reduce el tiempo de ocio, lo que acrecienta la carga del cuidador (43) y puede incidir en alteraciones en su vida familiar (44). Estas condiciones de los cuidadores hacen que se confirme que la calidad de vida se impacta en primera medida por factores de la persona que se cuida, las cuales están asociadas al vínculo y a la obligación moral del cuidado en las mujeres. Esto supone que el significado de la calidad de vida en una fase inicial está más asociado al nivel de dependencia y a la percepción alta de carga que se tiene por ser una labor adicional y nueva a su vida.

Tan pronto como el cuidador reconoce el impacto a partir de la vida de su familiar enfermo, aparecen manifestaciones que demuestran una entrega completa y el significado de la calidad de vida se *co-crea* en el cuidado diario. Mantenerse en el cuidado en múltiples ocasiones propicia que los cuidadores lleguen al desempleo o a la informalidad laboral, situación que acrecienta su dependencia económica de la red de apoyo inmediata (41). Con el fin de lograr la autonomía máxima, evidencian la necesidad de tener un trabajo remunerado fuera del hogar como factor protector de la carga del cuidador y como posibilidad de establecer redes de apoyo, a través de las cuales se podría obtener información en el manejo de la enfermedad (45). Por otra parte, organizar las actividades

de cuidado da lugar a una nueva forma de afrontar las relaciones familiares, pues se incluyen aspectos positivos y negativos que propician la ambigüedad.

También se informa que los cuidadores familiares comprenden la necesidad de respetar la autonomía de su ser querido, propendiendo por hacerlos progresivamente partícipes de su cuidado (45). Así mismo, se evidencia que la mayoría de las actividades son asumidas por el cuidador, sin que otro miembro de la familia le apoye, puesto que es responsabilidad de éste, ya que esta labor se realiza por razones de índole afectiva o por compromiso moral (46).

Los hallazgos de este estudio permiten identificar una tercera fase en la que hay una re-conceptualización de la calidad de vida: no son la misma persona luego de vivir una experiencia de ser cuidador. Los cuidadores familiares mantienen un alto nivel de espiritualidad, dado que incrementa su calidad de vida y le permite comprender los procesos de salud-enfermedad y a elaborar estrategias de afrontamiento (47). Por consiguiente, se da un gran valor a lo espiritual (48), pues se entiende el cuidado como un deber moral (49). En este proceso se construye el vínculo entre el cuidador y la persona con enfermedad crónica a medida que la conciencia se expande, surge la introspección y se llega a la reflexión, lo que aporta determinación a la experiencia vivida (34). Por otra parte, se evidencia la necesidad que tienen los cuidadores de apoyo del Estado, de las instituciones, de las redes sociales y de la familia en la información y la capacitación frente al manejo de la enfermedad (49).

Conclusiones

El fenómeno de calidad de vida en cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica es complejo y dinámico, contempla elementos predisponentes y condicionantes en que la enfermería debe intervenir para contribuir a la valoración positiva de la experiencia de ser cuidadores. La construcción del significado de calidad de vida para el cuidador se da a través de la experiencia de cuidado, al edificarse en el ejercicio de su rol de cuidador, el cual responde a asuntos morales y a un significado espiritual. Por lo tanto, la espiritualidad es clave para favorecer la construcción. Existe una estrecha relación entre la percepción de calidad de vida del cuidador, el desarrollo de su habilidad para cuidar y el soporte social que recibe, lo que incide directamente en conocimientos, habilidades, prácticas, sentimientos y representaciones de la experiencia vivida.

Así pues, se evidencian tres momentos que son las categorías centrales en la reconstrucción del significa-

do de calidad de vida por parte del cuidador familiar informal de una persona en situación de enfermedad crónica: uno primero en que el cuidador se encuentra en desasosiego propiciado por el diagnóstico de enfermedad crónica de su ser querido y los eventos derivados de la imposición de su rol de cuidador, como son sentimientos adversos, carga, dependencia o dejar su vida anterior; uno segundo en donde el cuidador considera su calidad de vida como una prolongación de la calidad de vida de su ser querido: se olvida de sí mismo para dedicarse a cuidar, lo que conlleva ambigüedad, sobrecarga, interdependencia e invisibilidad; y uno tercero en que el cuidador reconstruye su propia calidad de vida, da significado a la experiencia de cuidado, la resignifica como fuerza vital y construye la esencia de su vida. Este momento está marcado por la creación de un vínculo genuino con la persona cuidada, reconocimiento de sí, autocuidado y el hecho de servir de soporte para otros.

Comprender cómo se reconstruye el significado de calidad de vida en la experiencia de ser cuidador de personas con enfermedad crónica, reconocer los factores que condicionan las transiciones de este significado y abrirse campo a la valoración de la calidad de vida de los cuidadores permite diseñar intervenciones de enfermería que aborden estos factores condicionantes y contribuyan así a la práctica basada en evidencias.

Financiación

Dirección de Investigación de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia. Programa Apoyo a Tesis de Postgrado. Código del proyecto: 14554.

Referencias

(1) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en Las Américas 2012 [informe en Internet]. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2012 [acceso: 28 dic 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=197&Itemid=

(2) World Health Organization (WHO). The World Health Report 2010: health systems financing: the path to universal coverage [report on the Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010 [acceso: 2014 Dic 28].

Available from: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf?ua=1

(3) Barrera LO, Pinto NA, Sánchez BH, Carrillo GM, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2010.

(4) Mendes AL, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):771-778.

(5) Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company Inc.; 2007.

(6) Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. California: Sage Publications; 1985.

(7) Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

(8) Cuñat RJ. Aplicación de la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) al estudio del proceso de creación de empresas [ponencia en Internet]. En: xx Congreso Anual de AEDEM, Vol. 2. Sevilla: Asociación Europea de Dirección y Economía de Empresa; 2009 [acceso: 15 ene 2012]. pp. 1-13. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>

(9) Glasser BG, Strauss AL. Theoretical sampling. In: Glasser BG, Strauss AL, editors. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research [book on the Internet]. New York: Aldine Publishing Company; 1967 [acceso: 2012 Mar 23]. pp. 45-78 Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.9.%20glaser%20y%20strauss.%20el%20muestreo.pdf>

(10) Pereira HR, Rebelo MA. Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *J Clin Nurs.* 2011 Sep;20(17-18):2448-2457.

(11) Green TL, King KM. Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: a descriptive qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2009 Sep;46(9):1194-1200.

- (12) Davis E, Shelly A, Boyd R, Waters E, Cook K, Davern M *et al.* The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child Care Health Dev.* 2010 Jan;36(1):63-73.
- (13) Gómez MM. Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Invest Educ Enferm.* 2007;25(2):60-71.
- (14) Vellone E, Piras G, Taluci C, Cohen MZ. Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs.* 2007 Jan;61(2):222-231.
- (15) Oliveira MF, Silva MB, Frota MA, Pinto JM, Frota LM, Sá FE. Qualidade de vida do cuidador de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2008;21(4):275-280.
- (16) Giraldo CI, Franco GM. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan.* 2006;6(1):38-53.
- (17) Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest Educ Enferm.* 2001;19(2):36-49.
- (18) Aldana GG, García LG. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Aquichan.* 2011;11(2):158-172.
- (19) Lane P, McKenna H, Ryan A, Fleming P. The experience of the family caregivers' role: a qualitative study. *Res Theory Nurs Pract.* 2003;17(2):137-151.
- (20) Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J. Living with multiple myeloma: experiences of patients and their informal caregivers. *Support Care Cancer.* 2011 Jan;19(1):101-111.
- (21) Portillo MC, Wilson JB, Saracíbar MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enferm Clín.* 2002;12(3):94-103.
- (22) Algado MT, Basterra A, Garrigos JI. Familia y enfermedad de Alzheimer: una perspectiva cualitativa. *An Psicol.* 1997;13(1):19-29.
- (23) Pavarini SC, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MS, Filizola CL *et al.* Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet].* 2008 [acesso: 22 mar 2012];10(3):[aprox. 10 telas]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a04.htm
- (24) Johansson CM, Axelsson B, Danielson E. Caregivers' perceptions about terminally ill family members' quality of life. *Eur J Cancer Care.* 2007 Jul;16(4):338-345.
- (25) Williams JK, Skirton H, Paulsen JS, Tripp TR, Jarmon L, Kenney MM *et al.* The emotional experiences of family carers in Huntington disease. *J Adv Nurs.* 2009 Apr;65(4):789-798.
- (26) Gallop K, Wild D, Verdian L, Kerr M, Jacoby A, Baker G *et al.* Lennox-Gastaut Syndrome (LGS): development of conceptual models of Health-Related Quality of Life (HRQL) for caregivers and children. *Seizure.* 2010 Jan;19(1):23-30.
- (27) Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child Care Health Dev.* 2007 Mar;33(2):180-187.
- (28) Bover AB. El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enferm Clín.* 2006 March;16(2):69-76.
- (29) Alvarado AM. Adquiriendo habilidad de cuidado: "De la incertidumbre al nuevo compromiso" [tesis magíster]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (30) Brewin A. The quality of life of carers patients with severe lung disease. *Br J Nurs.* 2004;13(15):906-1012.
- (31) Gil EG, Escudero MC, Prieto MA, Frías AO. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clín.* 2005;15(4):220-226.
- (32) De la Cuesta CB. "Estar tranquila": la experiencia de descanso de cuidadores de pacientes con demencia avanzada. *Enferm Clín.* 2009;19(1):24-30.
- (33) Bergs D. "The hidden client": women caring for husbands with COPD: their experience of quality of life. *J Clin Nurs.* 2002 Sep;11(5):613-621.
- (34) Chaparro L. Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidador entre la persona con en-

fermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*. 2011;11(1):7-22.

(35) Vargas LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*. 2012;12(1):62-76.

(36) Arias MR, Barrera LO, Carrillo GM, Chaparro L, Sánchez BH, Vargas ER. Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. *Rev Fac Med*. 2014;62(3):387-397.

(37) Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomša R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Eur J Investig Health Psychol Educa*. 2014;4(2):79-88.

(38) Vieira CP, Fialho AV. Perfil de cuidadores familiares de idosos com accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Rene Fortaleza*. 2010;11(2):161-169.

(39) Gil MJ, Orueta RS, Gómez SC, Sánchez AO, Carmona JM, Alonso FJ. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(7):332-339.

(40) Beltrán FJ, Torres IA, Vásquez FN, Barrientos CG, Ochoa DL, Beltrán AA *et al*. Calidad de vida en cuidadores de enfermos asmáticos: un estudio comparativo. *Psicol Salud*. 2008;18(2):181-187.

(41) Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(3):257-266.

(42) Cabezas MP, Díaz MF. "Nadie sabe cómo estoy por dentro": estudio acerca de la experien-

cia de ser cuidador de un paciente con cáncer y de cómo se ve afectada su vida de pareja y su vida familia [tesis magíster]. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca; 2011.

(43) Tellier M, Rochette A, Lefebvre H. Impact of mild stroke on the quality of life of spouses. *Int J Rehabil Res*. 2011;34(3):209-214.

(44) Cândido HC, Morais AG, Souza AR, Carvalho CM, Silva MJ, Araújo TL. Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(5):944-953.

(45) Neves ET, Cabral IE, Silveira A. La red familiar de niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para la enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;2(2):562-570.

(46) Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008;34(3):1-12.

(47) Pinto NA. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Inv Enf [revista en Internet]*. 2007 [acceso: 22 mar 2012];9(1):19-35. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/81.pdf>

(48) Montalvo AP, Romero EM, Flórez IE. Percepción de calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatía congénita, Cartagena, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(1):9-18.

(49) Mora AA, Córdoba LA, Bedoya AM, Verdugo MA. Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM en la ciudad de Cali, Colombia. *Diversitas*. 2007;3(1):37-54.

Conocimientos, actitudes y prácticas clave en gestantes con hijos menores de 5 años de la ciudad de Cúcuta, 2012

Conhecimentos,
atitudes e práticas
fundamentais em
mulheres grávidas com
crianças menores de 5
anos de Cúcuta, 2012

Knowledge, attitudes
and key practices in
pregnant women with
children under 5 years
of Cúcuta, 2012

• Doris Amparo Parada Rico¹ • Leidy Karime Méndez Rincón² • Ana Milena Flórez Vargas³ •

•1• MSc en Materno Perinatal. Docente Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mail: admirable_777@hotmail.com

•2• Enfermera, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia.

•3• Enfermera, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia.

Recibido: 02/04/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.36827>



Resumen

Objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cuidado en la gestación y postparto en gestantes con hijos menores de 5 años, en Cúcuta, durante el año 2012.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. La encuesta utilizada fue adoptada del cuestionario *Prácticas Clave* diseñado por la Organización Panamericana de la Salud en la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y modificada para la región norte santandereana por el Instituto Departamental de Salud. El instrumento fue validado a través de las pruebas estadísticas *Alpha de Cronbach*, correlación par-impar y corrección de R con ecuación de Spearman-Brown, permitiendo una evaluación más universal e identificando su validez y confiabilidad. La muestra del estudio fue de 301 participantes, quienes asistían al programa de control prenatal de tres unidades básicas del municipio.

Resultados: Respecto a las características sociodemográficas, la mayoría de usuarias iniciaron su vida sexual activa en edad temprana, eran madres solteras, con escasos recursos económicos, bajo nivel educativo y convivían aún con su familia nuclear en condiciones de hacinamiento. En las categorías *conocimientos*, *actitudes* y *prácticas* se encontró que las gestantes, en su mayoría, poseían conocimientos adecuados frente a su cuidado en estas etapas. Sin embargo, eran discordantes con las actitudes que asumían y las prácticas aplicadas, puesto que se veían influenciadas por la cultura, las costumbres y las creencias de familiares y amigos, lo cual puede ser lesivo y tener consecuencias físicas, emocionales y económicas graves para ella, su hijo por nacer o recién nacido y su familia.

Descriptor: Conducta Materna; Gestación; Período de Postparto; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud (fuente: DESC BIREME).

Resumo

Objetivo: Identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de cuidados durante a gravidez e pós-parto em mulheres grávidas com crianças menores de cinco anos, em Cúcuta, em 2012.

Metodologia: Estudo transversal, quantitativo, descritivo. A pesquisa utilizou um questionário que foi adotado de *Práticas Chave* projetadas pela Gestão Integrada da Organização Pan-Americana da Saúde prevalente de Doenças Prevalentes na Infância (AIEPI) e modificados para a região Nortesantandereana pelo Instituto de Saúde Departamental. O instrumento foi validado por meio de testes estatísticos como *Alpha de Cronbach*, a correlação de correção par-ímpar e R com a equação Spearman-Brown, permitindo uma análise mais universal e identificação de sua validade e confiabilidade. A amostra do estudo foi de 301 participantes que assistiram ao programa de cuidados pré-natais em três unidades básicas do município.

Resultados: Em relação às características sociodemográficas, a maioria dos usuários que começaram a ser sexualmente ativos em uma idade precoce eram mães solteiras, de baixa renda, baixa escolaridade e ainda moravam com suas famílias nucleares em condições precárias. Quanto ao conhecimento de categorias, atitudes e práticas descobriram que, a maioria das mulheres grávidas possuía conhecimento adequado para seu cuidado nesta fase. No entanto, foram discordantes com as atitudes que assumiram e práticas aplicadas, uma vez que parecia influenciada pela cultura, costumes e crenças de familiares e amigos, o que pode ser prejudicial e causar sérias consequências físicas, emocionais e financeiras para ela, o feto ou recém-nascido e família.

Descritores: Comportamento Materno; Gravidez; Período Pós-Parto; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde (fonte: DESC BIREME).

Abstract

Objective: To identify knowledge, attitudes and practices before care during pregnancy and postpartum in pregnant women with children under five years, in Cucuta, in 2012.

Methodology: Quantitative, descriptive cross-sectional study. The survey used a questionnaire adopted from *Key Practices* designed by the Pan American Health Care Prevalent based Integrated Management of Childhood Illness (AIEPI) and modified for region of Norte de Santander by Departmental Health Institute. The instrument was validated through statistical tests as *Cronbach's Alpha*, correlation even-odd and R correction with Spearman-Brown equation, allowing a more universal screening and identifying its validity and reliability. The study sample was 301 participants who attended the antenatal care program three basic units of the municipality.

Results: Regarding socio-demographic characteristics, most users began sexually active at an early age, were single mothers, low income, low educational level, and still lived with his nuclear family in cramped conditions. In the categories *knowledge*, *attitudes* and *practices*, it was founded that pregnant women mostly possessed adequate knowledge about their care in these stages. However, it was discordant with the assumed attitudes and applied practices, since they looked influenced by culture, customs and beliefs of family and friends, which can be harmful and cause serious physical, emotional and financial consequences for her, her unborn or newborn child, and her family.

Descriptors: Maternal Behavior; Pregnancy; Postpartum Period; Health Knowledge, Attitudes, Practice (source: DESC BIREME).

Introducción

La situación de la mujer en Colombia debe ser tratada desde la perspectiva de derechos y género, pues su situación epidemiológica es cambiante y revela la prioridad de analizar la problemática de la salud sexual, como la procreación precoz (1, 2, 3).

Según datos de la encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, la tasa global de fecundidad en Colombia es de 2,1, mientras que en el Norte de Santander es un poco mayor y cambiante de acuerdo a cada municipio o al área urbana o rural.

Además de lo anterior, Colombia tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de Latinoamérica, alcanzando las 104 muertes de madres por 100 000 nacidos vivos (4). Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren que la mortalidad materna y perinatal es considerada una de las expresiones más claras de la desigualdad e inequidad social en el mundo, que pone al descubierto la injusticia social y la discriminación de género como factores violatorios de los derechos de las mujeres, especialmente de las más pobres (2, 5, 6).

La problemática de la mortalidad materna y la mortalidad perinatal e infantil se asocia, en su conjunto, con los factores condicionantes de la salud, como son los biológicos, los socioeconómicos, el acceso a los servicios o el nivel de conocimientos, los cuales afectan el estado de salud de las gestantes y las madres en lactancia y niños pequeños. Se afirma que muchas de estas causas son evitables hasta en un 90% si el Estado, la familia y la sociedad civil reúnen esfuerzos (7-9).

Por esta razón, es indispensable que el equipo de salud aporte para el desarrollo de esta tarea, teniendo en cuenta no sólo el componente biológico y emocional de la persona, sino también el social (1, 10), puesto que el contexto, la cultura y las creencias en una sociedad pueden tener un alto impacto en la salud. Éstas suelen convertirse en costumbres o prácticas permanentes (11-15), pudiendo llegar a ser lesivas para el cuidado, especialmente durante la etapa del proceso procreativo para la madre, su hijo y su familia.

Como herramienta para la identificación de estas prácticas, la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (16) en su componente comunitario provee elementos para realizar diagnóstico de los *cuidados de la gestación y el posparto*, lo que permite la identificación de este tipo de riesgos, susceptibles de intervenir por el equipo de salud. Por lo tanto, en esta investigación se pretende identificar los

conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado de la gestación y el posparto que permitan a su vez proyectar intervenciones para este grupo de usuarias en los diferentes servicios de salud.

Materiales y Métodos

La investigación fue de carácter cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 301 gestantes que asistieron a su primer control prenatal en las unidades de salud y con un/a hijo/a menor de cinco años. El tipo de muestreo fue por conveniencia, abordando a las madres que se encontraban en las unidades básicas al momento de los controles. Se aplicó el instrumento *Conocimientos, actitudes y prácticas* durante la gestación y posparto, el cual tiene cuatro componentes que abarcan 28 ítems, distribuidos inicialmente en un grupo de datos sociodemográficos y tres referentes a las variables *conocimientos, actitudes y prácticas* de la mujer en su etapa gestacional y del posparto.

Está basada en la encuesta de prácticas clave AIEPI, modificada con autorización de la representante de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia para esta estrategia y validada según el proceso estadístico para tal fin. Obtuvo un coeficiente de correlación par-impar de 0,96 y corrección con ecuación de Spearman Brown de 0,98; lo cual indica la validez y la confiabilidad del instrumento. El procesamiento de la información se realizó mediante la tabulación de resultados con tablas dinámicas de *Microsoft Excel*®. Durante la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos y el marco legal vigente para la realización de investigaciones en salud.

Objetivos

Objetivo general

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cuidado en la gestación y postparto desde el enfoque de la estrategia AIEPI en las gestantes con hijos e hijas menores de 5 años en las unidades básicas del municipio de Cúcuta en el año 2012.

Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos sobre el cuidado en la gestación y el posparto desde el enfoque de la estrategia AIEPI en las gestantes con hijos e hijas

menores de 5 años en las unidades básicas del municipio de Cúcuta en el año 2012.

- Describir las actitudes frente al cuidado en la gestación y el postparto desde el enfoque de la estrategia AIEPI en las gestantes con hijos e hijas menores de 5 años en las unidades básicas del municipio de Cúcuta en el año 2012.
- Determinar las prácticas frente al cuidado de la gestación y el postparto desde el enfoque de la estrategia AIEPI en las gestantes con hijos menores de 5 años en las unidades básicas del municipio de Cúcuta en el año 2012.
- Identificar las fuentes de apoyo utilizadas en el cuidado durante la gestación y el posparto desde el enfoque de la estrategia AIEPI en las gestantes con hijos menores de 5 años en las unidades básicas del municipio de Cúcuta en el año 2012.

Resultados y Discusión

Datos sociodemográficos

Se encontró que las gestantes presentaron el primer embarazo a una edad temprana, lo que posiblemente dificultó el cuidado de sí misma y de su hijo/a por la escasa madurez física y mental y por los riesgos físicos, biológicos y psicológicos que conlleva el embarazo precoz (17). Las madres encuestadas eran habitantes de las comunas 3, 7 y 10 del municipio de Cúcuta, clasificadas en estratos socioeconómicos entre 1 y 3, catalogados como bajas, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La mayoría de las gestantes compartía su hogar hasta con cinco personas y en muchos casos habitaban dos familias en un mismo lugar (53%). Sin embargo, en el 38% de los casos se encontraron familias con seis u ocho miembros dentro de una misma vivienda, muy pequeña, hasta con dos habitaciones, lo que revela hacinamiento y pobreza. En cuanto al estado civil, un grupo de gestantes eran solteras y permanecían en su casa paterna (33%); otras convivían en unión libre con sus parejas (45%), factores que pueden influir en ser vulnerables emocionalmente y presentar sentimientos de soledad e inseguridad para tomar decisiones respecto a su cuidado y al del recién nacido.

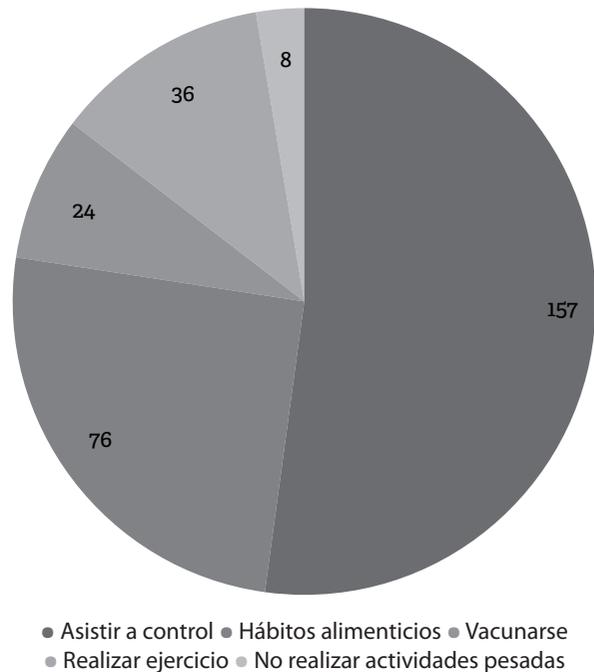
Conocimientos sobre cuidados durante su gestación y posparto

Acerca de los cuidados que debe aplicarse durante estas etapas, se identificó un grupo de usuarias asistentes a controles, quienes poseían conocimientos apropiados (63%). Entre éstos se encontraban: reconocer la importancia de asistir a controles prenatales y realizarse la toma de laboratorios clínicos ordenados (52%); mantener o implementar hábitos alimenticios balanceados (25%); realizar ejercicio (12%); aplicarse vacunas. El 35% de las usuarias demostraron conocimientos deficientes y el 3% afirmó no conocer los cuidados que debían propiciarse durante la gestación y el posparto (ver Gráfica1).

Los hallazgos anteriores permiten identificar que la mayoría de las madres adquirieron conocimientos acerca de los cuidados necesarios para mantener una gestación saludable, así como para prevenir complicaciones en el posparto. No obstante, el grupo con deficiencias, aunque menor, fue aquel en el que se debía fortalecer la educación y mantener vínculos permanentes de vigilancia.

Los hallazgos relacionados con la asistencia al control prenatal fueron discordantes con los presentados por

Gráfico 1. Conocimientos sobre los cuidados en la gestación y el posparto en gestantes con hijos menores de 5 años



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas durante la gestación o posparto en las gestantes asistentes a las UBAS, Puente Barco Leones, La Libertad y Comuneros en el año 2012.

Delgado MF *et al.* en el 2006, quienes sostienen que las gestantes de su estudio no asistieron a controles porque no tenían conocimientos sobre su importancia y en muchas ocasiones para cuidarse recurrían a la partera porque la consideraban una mujer con experiencia (15).

En cambio, los nuestros concuerdan con los datos del estudio realizado por Gallegos y Aguilar, en el 2003 (18), en el cual mencionan que la mayoría no asistía a controles prenatales ni del postparto debido a que consideraban en muchas ocasiones que era más importante el cuidado dado por ellas mismas o por las comadronas.

Se indagaron datos de los años 2005 y 2006 relacionados con el riesgo gestacional como el periodo intergenésico, el cual puede ser ideal o potenciar daño de acuerdo al espacio transcurrido (19, 20), cuyas encuestadas (35%) afirmaron que para tener un hijo después de un parto el tiempo debe ser mayor a 3 años; en cuanto a la edad de la mujer para tener un hijo, el 18% aseguró que debe ser entre los 18 y 35 años de edad. Esto lo ratifica la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la evidencia científica, que demuestra además que el riesgo aumenta a mayor edad materna (21, 22).

Respecto al conocimiento de signos de alarma en el embarazo, se encontró que el 37% de las gestantes reconoció que tener el abdomen *muy grande o muy pequeño*, la pérdida de líquidos por la vagina y no sentir al niño moverse son señales que harían que una gestante acudiera inmediatamente a un centro de salud. Le sigue el 33%, que reconoció que los sangrados vaginales y las cefaleas intensas podrían ser un signo de alarma en el embarazo. Sin embargo, el 23% no admitió signos de peligro ni posibles complicaciones del embarazo y por tanto posiblemente no sabría qué hacer en caso de presentarse.

Las fuentes de apoyo consultadas durante el embarazo y el posparto fueron, en orden de importancia, la familia, el personal de salud y los amigos. Estos datos son congruentes con el estudio realizado por Zambrano G en el 2004 (24), en el cual las gestantes consultadas afirmaron que buscaban ayuda en las madres o familiares mujeres, en especial aquellas con varios hijos, puesto que ellas tienen experiencia y por lo regular se las recomiendan. Esto demuestra la influencia de las costumbres familiares y creencias que existe dentro de la aplicación de cuidados en estas etapas propias de la mujer.

En cuanto al posparto, sólo el 32% realmente conocía la fecha en la que se debía asistir al control, lo cual está estandarizado en la Resolución 0412 del 2000 en la norma técnica de atención al parto (24). Respecto al conocimiento ante las complicaciones del posparto, se encontró que el 43% de las gestantes asistirían durante el puerperio a un centro de salud si llegaran a presen-

tar fiebre alta, escalofríos o infección en los senos. Sin embargo, el 21% no conocía las señales para asistir urgentemente a un centro de salud. Esto guarda relación con otros estudios realizados en Colombia, donde en su mayoría las gestantes no lograron reconocer signos de alarma y por lo tanto no acudieron a un centro de salud, o poseían prácticas de cuidado inadecuadas (25, 26).

Actitudes y prácticas de las mujeres ante la gestación y el postparto

Frente a este concepto, pudo conocerse que a pesar de los conocimientos que poseen la mayoría de las madres respecto a los cuidados durante las etapas gestacional y del posparto, sus actitudes y prácticas no son congruentes con lo expresado. Existe un número de mujeres que refirieron conocer los cuidados y riesgos que poseen en su etapa gestacional, aunque ocasionalmente no asistían a controles y educaciones programadas por el equipo de salud. Las causas expresadas para esto fueron: *no considerarlo importante* (22%), *el equipo de salud siempre le pregunta lo mismo* (21%), *sienten indiferencia* (16%) y *prefieren cuidarse ellas mismas* (13%), puesto que poseen el conocimiento apropiado para realizarlo.

A pesar de que las gestantes demostraron una actitud respetuosa y de escucha ante el requerimiento de asistir a citas programadas, el número de controles a los cuales asistía la usuaria, en más del 90%, fue menor a los cuatro controles prenatales mínimos que por evidencia científica y norma técnica colombiana debería tener cada mujer durante esta etapa. Esto demuestra una conducta contraria a la expresada anteriormente frente a esta práctica, presentando un determinante de riesgo para su salud, pues la falta de seguimiento y evaluación a estas usuarias pueden conllevar al aumento de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Se encontró que el 59% de las encuestadas manifestaron no asistir al control posparto. Como causas de esta falla, se encontraron las siguientes: *no es importante esta cita para ellas; hay desconocimiento de riesgos en esta etapa y por ende de signos de alarma; no recibieron la orden de cita de control ni información antes de egresar de la institución de salud donde recibió asistencia del parto; considerar que es un gasto de dinero innecesario o que su familia, especialmente las mujeres mayores, le refirieron el peligro de salir de su hogar en su condición de puerpera*. Respecto a las prácticas realizadas, se halló que las mujeres gestantes y en posparto reconocían los cuidados que se deben aplicar y tomaban una actitud positiva frente a su cuidado. Sin embargo, se observó gran discordancia entre sus pensamientos y los hechos.

El 68% de las mujeres realizaban consigo mismas y con el recién nacido prácticas adecuadas, entre las que se en-

cuentran mantener una buena higiene personal y consumir una alimentación balanceada y micronutrientes, lo que indica que tienen conocimiento de algunas actividades benéficas para sí durante esta etapa. Sin embargo, se observó también un grupo que realizaba actividades de riesgo como fumar y consumir bebidas alcohólicas, datos diferentes a los hallados en otros contextos (27), donde se observaron buenas prácticas de cuidado.

Las mujeres de este estudio reportaron que cuando se presenta complicación en estas etapas, se toman acciones como asistir a centros de salud o realizar cuidados caseros, dentro de los cuales está la utilización de bebidas a base de plantas medicinales: agua de anís, manzanilla, hierbabuena, etc. Los anteriores datos son similares al realizado por Castro E, Muñoz S *et al.*, en el que la utilización de estas bebidas era usual, puesto que ayudaban a *sacar el frío* del cuerpo (28).

Apoyo recibido por las gestantes durante su gestación y posparto

Las gestantes encuestadas en el presente estudio indicaron considerar suficiente el apoyo familiar y sus propios recursos para el cuidado durante este proceso. Se encontró como resultado que el 60% de las gestantes durante el embarazo y su anterior posparto recibió ayuda por parte de su pareja y familiares en las labores del hogar, así como en lo económico y en la información para el cuidado de sí.

Conclusiones

En términos generales, se encontró que las gestantes presentaron factores de riesgo que podrían influir en los cuidados prodigados durante el embarazo y el posparto, como el inicio del periodo gestacional a una edad temprana, afectando el ejercicio de su autonomía en la toma de decisiones; el estado civil de la mayoría fue soltería y unión libre, determinando una situación probable de inestabilidad emocional por esta causa; y pobreza y hacinamiento que se asocia a situaciones de baja calidad de vida y aumento de riesgos y complicaciones.

En cuanto a los conocimientos en estas etapas, se pudo concluir que la mayoría de las gestantes poseían conocimientos apropiados en relación al cuidado que se debe prodigar, así como en la identificación de complicaciones del embarazo y posparto y las acciones pertinentes en diferentes situaciones. Sin embargo, se hallaron actitudes negativas o negligentes en cuanto a la aplicación del cuidado motivados por las costumbres o por la cultura que viene de padres a hijos y que impiden que se lleve

a cabo o que el conocimiento se convierta en práctica.

Las prácticas realizadas por las gestantes del estudio pueden clasificarse en su mayoría como adecuadas durante la gestación, pero en el periodo posparto son riesgosas, debido a la falta de conocimientos. Referente a la utilización de sistemas de ayuda, las gestantes expresaron que el apoyo informacional y económico fue el mayormente recibido. La familia, los servicios de salud y las madres de los hogares Familias Amigas de la Mujer y la Infancia (FAMI) fueron los que dieron mayor aporte a sus conocimientos.

Debe reconocerse que la enfermería, a través de la identificación de determinantes sociales, así como de la identificación de los cuidados que aplica la población de estas usuarias, puede diseñar intervenciones amigables que conlleven a que estas madres acudan al personal de salud y le consulten oportunamente sus dudas y necesidades, antes de acudir a personas inexpertas o permanecer en casa aumentando riesgos tanto para ellas como para sus hijos recién nacidos, incrementando la morbi-mortalidad de la salud infantil y materna.

Por lo anterior, es importante recomendar al sistema de salud el fortalecimiento de acciones en la atención primaria para este grupo de mujeres. Así mismo, la enfermería, identificada como líder de este proceso, debe indagar acerca de los saberes de las usuarias a través de la investigación, ofrecer educación a personas que brindan apoyo informacional a gestantes o puérperas y fomentar el apoyo educativo antes del alta hospitalaria para que la mujer y su familia estén en la capacidad de identificar signos de alarma y acudan oportunamente al centro de salud, previniendo de esta manera complicaciones evitables. Igualmente, se deben proponer modelos aplicables de cuidados congruentes con nuestra población que estén caracterizados por la amabilidad, la empatía y el respeto por los derechos de las pacientes.

Referencias

- (1) Pardo MP, Núñez NA. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. Aquichan [revista en Internet]. 2008 [acceso: 30 dic 2011];8(2):266-284. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74180212.pdf>
- (2) Pedraza Z. La "educación de las mujeres": el avance de las formas modernas de feminidad en Colombia. Rev Estud Soc [revista en Internet]. 2011 [acceso: 30 dic 2011];41:72-83. Disponible en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/727/view.php>

- (3) Salazar A, Rodríguez LF, Daza RA. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños: consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. *Rev Pers Bioét* [revista en Internet]. 2007 [acceso: 27 oct 2011];11(2):170-185. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/951/1030>
- (4) Secretaría Distrital de Salud de Bogotá [página web en Internet]. Bogotá: Publicaciones Secretaría de Salud; c2010 [actualizado: 5 jul 2011; acceso 8 jul 2011]. Prevención de la mortalidad materna [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/mortalidadmaterna.aspx>
- (5) Camacho Y, Villanueva M, Marrugo A, Yazo C. Mortalidad materna: un reto que persiste para la salud pública en Colombia. *ces Salud Pública* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 8 jul 2011];1(1):100-108. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1310/828
- (6) Lurán A, López E, Pinilla C, Sierra P. Situación de la mortalidad por causas reducibles en menores de cinco años, Colombia, 1985-2004. *Biomedica* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 5 feb 2011];29(1):98-107. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572009000100012&lng=en
- (7) Catalán VA. Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal. *Rev Cuid* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 8 jul 2011];1(1):26-34. Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/71>
- (8) Labori JR, Pérez DG, Mock SH. Modificación de los conocimientos sobre la hipertensión arterial en mujeres con riesgo preconcepcional. *Aten Prim* [revista en Internet]. 2007 oct [acceso: 8 jul 2011];39(10):576-577. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707709794>
- (9) Acosta YI, Segura O. Indígenas gestantes en la ribera del Amazonas, Colombia, 2009: conocimientos, actitudes y prácticas. *Investig Andina* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 4 feb 2012];13(22):108-120. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462011000100002&lng=es
- (10) González DM. Educar para el cuidado materno perinatal: una propuesta para reflexionar. *Hacia Promoc Salud* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 4 feb 2012];11:81-93. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_9.pdf
- (11) Granados LM, González AA. Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer. *Medunab* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 4 dic 2011];14(1):9-14. Disponible en: [http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path\[\]=1373&path\[\]=1346](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path[]=1373&path[]=1346)
- (12) Alarcón AM, Nahuelcheo YS. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungará (Arica)* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 4 dic 2011];40(2):193-202. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562008000200007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-73562008000200007
- (13) Laza CV, Puerto MIL. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 4 ene 2012];27(1):88-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100010&lng=es
- (14) Castro EF, Caldas LA, Cepeda C, Huertas B, Jiménez N. Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. *Aquichán* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 5 feb 2011];8(2):183-196. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000200007&lng=en
- (15) Delgado MF, Calvache JA, Del Cairo CS, Bedoya LM, Tabares RE. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la Costa Pacífica Caucana. *Antípoda* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 5 feb 2011];(3):227-254. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81400311>
- (16) Pachas FM, Sánchez YD, Carrasco MB, Suárez MR, Villena RS. Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0-71 meses de edad, de un Puesto de Salud del Cono Norte-Carabayllo, Lima-Perú. *Rev Estomatol Herediana* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 7 feb 2011];18(2):83-92. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/reh/v18n2/a03v18n2.pdf>

(17) González YS, Hernández IS, Conde MM, Hernández RR, Brizuela SM. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. Arch Méd Cama-güey [revista en Internet]. 2010 [acceso: 7 feb 2011];14(1):[aprox. 21 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013&lng=es

(18) Gallegos R, Aguilar C. Conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias y obstáculos (CAPPO) de las madres sobre la salud infantil y materna desde el contexto cultural maya y occidental [libro en Internet]. Guatemala: Asociación Pies de Occidente; 2003 [acceso: 20 ago 2011]. Disponible en: www.piesdeoccidente.org/spanish/documentos/cappo.pdf

(19) Fonseca EA. Análisis de la relación entre intervalos intergenésicos y la sobrevivencia del niño, Honduras. 2001 [tesis magíster]. San Pedro de Montes de Oca: Universidad de Costa Rica; 2006 [acceso: 9 jul 2012]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/personal/pdf/efonseca.pdf>

(20) Domínguez L, Vigil P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clín Invest Gin Obst [revista en Internet]. 2005 may [acceso: 7 feb 2011];32(3):122-126. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X05734870>

(21) Carolan M, Frankowska D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. Midwifery [serial on the Internet]. 2011 [access: 2012 Feb 7];27(6):793-801. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001208>

(22) Glasser S, Segev-Zahav A, Fortinsky P, Gedal-Beer D, Schiff E, Lemer-Geva L. Primiparity at very advanced maternal age (≥ 45 years). Fertil Steril [serial on the Internet]. 2011 Jun [access: 2012 Feb 7];95(8):2548-2551. Available from: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00329-3/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00329-3/fulltext)

(23) Zambrano GE. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal. Revista Ciencia y Cuidado.

2008 [acceso: 30 ago 2011];5(1):61-73. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71502&id_seccion=4224&id_ejemplar=7124&id_revista=260

(24) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública [norma en Internet]. (25/02/2000) [acceso: 15 sep 2011]. Disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf

(25) Mora C, García B, Ortega S, León J. Programa de cuidado en casa de las puerperas y su hijo recién nacido en la ciudad de Cúcuta [tesis pregrado]. Cúcuta: Universidad Francisco de Paula Santander; 2012.

(26) Parra HR, Medina GA, Estévez DR, Quintero CA, Duarte DG. Prácticas de cuidado de la gestante con ella misma y con su hijo por nacer. Rev Univ Ind Santander Salud [revista en Internet]. 2011 [acceso: 5 ene 2012];43(1):27-32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100005&lng=en

(27) Stefanello J, Nakano AM, Azevedo FG. Beliefs and taboos related to the care after delivery: their meaning for a women group. Acta Paul Enferm [serial on the Internet]. 2008 [access: 2011 Oct 30];21(2):275-281. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200007&lng=en&nrm=iso

(28) Castro E, Muñoz SF, Plaza GP, Rodríguez M, Sepúlveda LJ. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005. Revistaiaf [revista en Internet]. 2006 [acceso: 30 oct 2011];1(1):141-152. Disponible en: http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf

Comportamento violento entre usuários de *crack*

Comportamiento
violento entre
consumidores
de *crack*

Violent behavior
among crack users

• Nadja Cristiane Lappann Botti¹ • Jacqueline Simone de Almeida Machado² •

•1• Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Adjunta II, Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis/Minas Gerais, Brasil. e-mail: nadjaclb@terra.com.br

•2• Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente, Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis/Minas Gerais, Brasil.

Recibido: 07/03/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.37379>



Resumo

Considerando a relevância do uso abusivo de *crack* na atualidade brasileira e sua relação com a violência, este estudo propõe-se a analisar a associação entre comportamento violento —delitivo, auto e hetero agressivo— entre os usuários de *crack* e variáveis sociodemográficas e de uso de drogas. Realizado estudo quantitativo, transversal, com amostra de conveniência, com 72 homens usuários de *crack* em tratamento nas Comunidades Terapêuticas de seis cidades da região Oeste do Estado de Minas Gerais (Brasil). Os dados foram analisados estatisticamente no *Statistical Package for the Social Sciences Versão 17.0*, utilizando-se teste *qui-quadrado* para verificação de diferenças estatisticamente significantes. Os resultados apontam associação do tráfico com número de pedras consumidas e de tratamentos realizados; de prisão ou detenção com baixa escolaridade, ser solteiro e idade de início do uso de droga ilícita; de tentativa de suicídio com o tempo máximo de abstinência e de heteroagressão com idade de início do uso de droga ilícita e frequência diária do uso de *crack*. O uso de *crack* pode contribuir para o desenvolvimento de comportamento violento —delitivo, auto e heteroagressivo.

Descritores: Cocaína Crack; Violência; Comportamento; Comportamento Perigoso (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Teniendo en cuenta la importancia del uso de *crack* en Brasil y su relación con la violencia, este estudio se propone analizar la asociación entre la conducta violenta —delictiva, auto y heteroagresiva— entre los consumidores de *crack* y las variables sociodemográficas y de consumo de drogas. Se realizó un estudio cuantitativo transversal. La muestra de conveniencia fue de 72 hombres consumidores de *crack* en tratamiento en comunidades terapéuticas en seis ciudades del Estado Occidental de Minas Gerais (Brasil). Los datos fueron analizados estadísticamente en el *Statistical Package for the Social Sciences, Versión 17.0*, mediante *chi-cuadrado* para comprobar si hubo diferencias significativas. Los resultados apuntaron a una asociación del tráfico con muchas *pedras* consumidas y realización de tratamientos; detención o prisión de los consumidores con bajo nivel de educación; ser solteros y con edad de inicio del consumo de drogas; intentos de suicidio con un tiempo máximo de abstinencia y con heteroagresión en edad del primer consumo de drogas ilícitas y la frecuencia diaria de consumo de *crack*. El consumo de *crack* puede contribuir al desarrollo de la conducta violenta —delictiva, auto y heteroagresiva.

Descritores: Cocaína Crack; Violencia; Conducta; Conducta Peligrosa (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Considering the relevance of abusing crack in Brazilian and its relationship to violence, this study proposes to analyze the association between violent behavior —crime, auto and hetero aggressive— among crack users and socio-demographic variables and use drugs. It is a conducted quantitative study, cross-sectional with convenience sample of 72 men crack users in treatment in therapeutic communities in six cities of the Western State of Minas Gerais (Brazil). Data were statistically analyzed in the *Statistical Package for the Social Sciences, Version 17.0*, using *chi-square* test to check for significant differences. The results point to an association of trafficking with many stones consumed and treatments performed; arrest or detention with low education, being unmarried and age of onset of illicit drug use; suicide attempts with maximum time of abstinence and hetero aggression with age at first use of illicit drugs and daily frequency of crack use.

Descriptors: Crack Cocaine; Violence; Behavior; Dangerous Behavior (source: DECS BIREME).

Introdução

O uso de drogas é, atualmente, um significativo problema de saúde pública mundial, em virtude da magnitude e diversidade de aspectos envolvidos. Em geral, o uso abusivo de drogas exerce considerável impacto sobre os usuários, suas famílias e a comunidade, determinando, na maioria das vezes, prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas econômicas e problemas legais. Este último aspecto tem, particularmente, gerado importante interesse de diversas áreas no estudo da relação entre uso de drogas e violência, considerando que esta relação ocorre em diferentes níveis, como individual, familiar e comunitário e é afetada pelo tipo de droga e natureza do comportamento violento.

Em especial, o uso do *crack* caracteriza-se por alto potencial de dependência devido à intensa fissura, por conseguinte, estimula o uso repetitivo e exacerbado. Assim, a compulsão pelo *crack* incita o usuário a buscar a droga por meio de comportamentos de riscos, que resultam em impactos sociais e pessoais (1). Neste sentido, reconhece-se que os índices de criminalidade e violência por dependentes químicos, em geral, estão relacionados ao uso de *crack* e suas consequências (1, 2).

A relação entre drogas e violência é classificada em psicofarmacológica onde os atos violentos são produzidos pelos efeitos da droga; a violência que decorre da compulsão pelo uso, sobretudo crimes contra o patrimônio, a fim de viabilizar a aquisição da droga e a violência sistêmica, intrínseca ao envolvimento com a droga ilícita e conseqüentemente com a lógica do mercado ilegal (3, 4). Estudo de revisão da literatura identificou que a maior parte das pesquisas aponta associação entre uso de drogas e violência doméstica, acidente de trânsito e/ou criminalidade (5). A relação entre drogas e criminalidade é assinalada por uma tríade de fatores que envolve o contexto relacionado ao narcotráfico, variáveis socioculturais e o efeito da droga sobre o comportamento (6, 7).

Os modelos econômico-compulsivos e os sistêmicos sustentam a criminalização da droga, e conseqüentemente do usuário. No modelo econômico-compulsivo, a dependência e a dificuldade econômica de acesso à droga pode gerar comportamentos violentos como roubo, furto, prostituição. No modelo sistêmico, o usuário encontra-se inserido em um estilo de vida de natureza violenta, principalmente associado à venda da droga. Estas concepções permitem identificar associação entre droga, violência e criminalidade, entretanto,

é importante ressaltar que não trata-se de uma relação causal, pois variáveis como biografia, cultura, personalidade, perspectivas ocupacionais também influenciam o comportamento violento (8).

A variabilidade dos efeitos das drogas em diferentes indivíduos sugere a contribuição de fatores orgânicos, socioculturais e de personalidade. Estudo nacional mostra que entre os fatores associados do uso de drogas e atos infracionais estão os comportamentos dos adolescentes que cometem delito para usar drogas, o delito como decorrente dos efeitos das drogas e também que usam as drogas, devido às representações sociais e crenças de seus efeitos, como justificativa do ato infracional (9).

A incidência de violência doméstica tem sido considerada maior em abusadores de drogas na maioria das sociedades, culturas e diferentes grupos econômicos (10). Estudo nacional com vítimas de violência intrafamiliar constata a predominância de mulheres cujo agressor costuma ser o/a companheiro/a. Na maioria dos casos a agressão ocorreu pela primeira vez e as vítimas não pretendem seguir convivendo com o agressor. De acordo com o estudo, em 27,7% dos casos o agressor ingeriu somente álcool, 10,2% ingeriu álcool e usou outra droga, 7,8% apenas usou outra droga, e 54,2% dos casos o agressor não havia usado nenhuma substância. O desequilíbrio familiar em virtude do uso de álcool ou demais drogas, associado a pressões socioeconômicas, pode gerar conflitos e agressões domésticas, havendo necessidade de medidas urgentes na prevenção e interseção da violência intrafamiliar (11).

Ainda neste tocante também verifica-se associação entre uso de drogas e violência autoinfligida. A literatura científica considera o uso/abuso/dependência de drogas como importante fator de risco para ocorrência de comportamentos suicidas (12). Estudo nacional com dependentes químicos em tratamento identificou entre os usuários de cocaína/*crack* frequência de 41,2% de risco de suicídio (13).

A questão entre uso de drogas e atos violentos é complexa e, ultimamente, tem se inserido no âmbito das diversas problemáticas impostas à sociedade moderna e afligindo famílias, comunidades locais, nacionais e internacionais e desafiando autoridades e pesquisadores a apresentar respostas efetivas e eficazes (14). Considerando a relevância do uso abusivo de *crack* na atualidade brasileira e suas imbricadas relações com a violência, este estudo propõe-se a analisar a associação entre comportamento violento —delitivo, auto e hetero agressivo— dos usuários de *crack* e variáveis sociodemográficas e de uso de drogas.

Material e Método

Estudo quantitativo de corte transversal, com amostra de conveniência, constituída por 72 homens em tratamento nas Comunidades Terapêuticas (CT's) por problemas de saúde, econômico e/ou social decorrentes do uso de cocaína fumada (*crack*). A coleta de dados foi realizada nas CT's localizadas nas cidades polo da macrorregião Oeste de Minas Gerais —Itaúna, Pará de Minas, Formiga, Bom Despacho, Campo Belo e Divinópolis— e filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). O período de coleta dos dados foi de outubro a dezembro de 2011.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital São João de Deus (parecer nº 37/2011), realizou-se o contato com os coordenadores da CT's referidas para a autorização da coleta de dados. A coleta de dados iniciou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi realizada a entrevista estruturada, através de questionário. As questões das entrevistas foram adaptadas de Dunn & Laranjeira (15). A entrevista foi realizada individualmente em única vez, em salas reservadas e com duração entre 25 e 45 minutos.

Os dados foram registrados no *Personal Digital Assistant* e transferidos para *Microsoft Excel® 2007* para verificação de possíveis erros. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences, spss Versão 17.0*. As variáveis estudadas foram agrupadas segundo as características sociodemográficas dos usuários de *crack* e do uso de drogas. Para análise dos resultados utilizou-se teste qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças estatisticamente significantes. Foi estabelecido um nível de significância mínimo de 5% ($p \leq 0,05$), porém, como se trata de estudo exploratório, optou-se por incluir, na apresentação e discussão dos resultados, os resultados marginalmente significantes ($0,1 \geq p \geq 0,05$).

Resultados

No que se refere a caracterização da amostra, verifica-se que a idade média dos usuários entrevistados foi de 30,28 anos ($DP = 7,63$), 52,78% eram solteiros, 59,73% residiam com pais ou familiares e 51,39% declararam ter filhos. Apresentaram, em média, 7,43 anos de estudo ($DP = 3,41$) e 51,39% com menos de 8 anos de estudo. A renda nominal mensal média encontrada foi de R \$1.158,75 ($DP = 971,08$), sendo que 44,44% relataram vínculo for-

mal de trabalho e 69,44% ganhavam mais de 1 Salário Mínimo (SM) antes da internação na CT.

Quanto ao uso de drogas, observa-se que o primeiro uso ocorreu na adolescência, sendo que a idade de início de uso de drogas lícitas antecede as ilícitas. As lícitas ocorreram, em média, aos 13,97 anos ($DP = 4,72$) e as ilícitas aos 15,61 anos ($DP = 4,08$). Nota-se que 45,83% começaram o uso de droga ilícita com < 15 anos e 41,67% iniciaram o uso de *crack* com ≤ 18 anos. O tempo médio de uso de *crack* foi de 12,86 anos ($DP = 5,73$). Antes da internação na CT observa-se que 72,22% faziam uso diário de *crack* e 47,22% consumiam ≥ 10 pedras por episódio. Os entrevistados já fizeram, em média, 2,26 tratamentos para dependência química ($DP = 0,77$), sendo que 69,44% realizaram ≤ 2 tratamentos e 76,39% relataram tempo máximo de abstinência de *crack* de ≤ 1 ano.

A Tabela 1 mostra a associação entre comportamento delitivo —tráfico, prisão ou detenção— e variáveis sociodemográficas e de uso de drogas. As características dos usuários de *crack* que significativamente se associaram a maior cometimento de tráfico foram consumirem ≥ 10 pedras por episódio ($\chi^2 = 0,03$; $p \leq 0,05$) e terem realizado ≤ 2 tratamentos para dependência química ($\chi^2 = 0,04$, $p \leq 0,05$). Em relação a prisão ou detenção, verifica-se associação significativa com escolaridade inferior a 8 anos de estudo ($\chi^2 = 0,01$; $p \leq 0,05$), ser solteiro ($\chi^2 = 0,00$; $p \leq 0,05$), iniciar o uso de droga ilícita com < 15 anos ($\chi^2 = 0,04$; $p \leq 0,05$) e de *crack* com ≤ 18 anos ($\chi^2 = 0,01$; $p \leq 0,05$).

A Tabela 2 mostra a associação entre comportamento auto e hetero agressivo dos usuários de *crack* e variáveis sociodemográficas e de uso de drogas. No tocante às características dos usuários de *crack* que se associaram a tentativa de suicídio, observa-se que o tempo máximo de abstinência de *crack* de ≤ 1 ano foi marginalmente significativa ($\chi^2 = 0,09$; $0,1 \geq p \geq 0,05$). Em relação a agressão de amigo ou familiar, verifica-se associação significativa com início de droga ilícita com < 15 anos ($\chi^2 = 0,01$; $p \leq 0,05$) e de *crack* com ≤ 18 anos ($\chi^2 = 0,03$; $p \leq 0,05$). A frequência diária do uso de *crack* foi marginalmente significativa ($\chi^2 = 0,10$; $0,1 \geq p \geq 0,05$).

Discussão

As características sociodemográficas dos usuários de *crack* em relação a idade, situação conjugal e escolaridade foram semelhantes às descritas em estudos anteriores sobre o perfil do sujeito que faz uso abusivo de *crack*, ou seja, homem jovem, solteiro e com baixa escolaridade (16, 17, 18, 19). Verificou-se, também, que a

Tabela 1. Comportamento delitivo entre os usuários de crack

Variável	Tráfico		χ^2	p-valor	Prisão ou detenção		χ^2	p-valor
	Não %	Sim %			Não %	Sim %		
Escolaridade								
< 8 anos de estudo	54,1	45,9			43,2	56,8		
≥ 8 anos de estudo	37,1	62,9	0,15	$p > 0,05$	74,3	25,7	0,01	$p \leq 0,05$
Situação conjugal								
Solteiro	44,7	55,3			42,1	57,9		
Outros	47,1	52,9	0,84	$p > 0,05$	76,5	23,5	0,00	$p \leq 0,05$
Situação ocupacional								
Trabalho formal	43,8	56,3			59,4	40,6		
Outros	47,5	52,5	0,75	$p > 0,05$	57,5	42,5	0,87	$p > 0,05$
Renda								
≤ 1 SM	45,5	54,5			45,5	54,5		
> 1 SM	46,0	54,0	0,95	$p > 0,05$	46,0	54,0	0,34	$p > 0,05$
Início do uso de droga ilícita								
< 15 anos	48,5	51,5			45,5	54,5		
≥ 15 anos	43,6	56,4	0,68	$p > 0,05$	69,2	30,8	0,04	$p \leq 0,05$
Início do uso de crack								
≤ 18 anos	40,0	60,0			40,0	60,0		
> 18 anos	50,0	50,0	0,40	$p > 0,05$	71,4	28,6	0,01	$p \leq 0,05$
Uso de crack								
Diário	44,2	55,8			55,8	44,2		
Outros	50,0	50,0	0,66	$p > 0,05$	65,0	35,0	0,48	$p > 0,05$
Pedras de crack consumidas								
< 10 pedras	57,9	42,1			60,5	39,5		
≥ 10 pedras	32,4	67,6	0,03	$p \leq 0,05$	55,9	44,1	0,69	$p > 0,05$
Tempo máximo de abstinência de crack								
≤ 1 ano	49,1	50,9			61,8	38,2		
> 1 ano	35,3	64,7	0,32	$p > 0,05$	47,1	52,9	0,28	$p > 0,05$
Tratamento para uso de crack								
≤ 2 tratamentos	54,0	46,0			60,0%	40,0		
> 2 tratamentos	27,3	72,7	0,04	$p \leq 0,05$	54,5	45,5	0,67	$p > 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Comportamento auto e hetero agressivo entre os usuários de crack

Variável	Tentativa de suicídio		x ²	p-valor	Agressão de amigo ou familiar		x ²	p-valor
	Não %	Sim %			Não %	Sim %		
Escolaridade								
< 8 anos de estudo	73,0	27			32,4	67,6		
≥ 8 anos de estudo	65,7	34,3	0,50	p > 0,05	28,6	71,4	0,72	p > 0,05
Situação conjugal								
Solteiro	68,4	31,6			34,2	65,8		
Outros	70,6	29,4	0,84	p > 0,05	26,5	73,5	0,48	p > 0,05
Situação ocupacional								
Trabalho formal	78,1	21,9			31,3	68,8		
Outros	62,5	37,5	0,15	p > 0,05	30,0	70,0	0,91	p > 0,05
Renda								
≤ 1 SM	63,6	36,4			22,7	77,3		
> 1 SM	72,0	28,0	0,48	p > 0,05	34,0	66,0	0,34	p > 0,05
Início do uso de droga ilícita								
< 15 anos	66,7	33,3			15,2	84,8		
≥ 15 anos	71,8	28,2	0,64	p > 0,05	43,6	56,4	0,01	p < 0,05
Início do uso de crack								
≤ 18 anos	63,3	36,7			16,7	83,3		
> 18 anos	73,8	26,2	0,34	p > 0,05	40,5	59,5	0,03	p < 0,05
Uso de crack								
Diário	67,3	32,7			25,0	75,0		
Outros	75,0	25,0	0,53	p > 0,05	45,0	55,0	0,10	0,1 ≥ p ≥ 0,05
Pedras de crack consumidas								
< 10 pedras	76,3	23,7			36,8	63,2		
≥ 10 pedras	61,8	38,2	0,18	p > 0,05	23,5	76,5	0,22	p > 0,05
Tempo máximo de abstinência de crack								
≤ 1 ano	74,5	25,5			27,3	72,7		
> 1 ano	52,9	47,1	0,09	0,1 ≥ p ≥ 0,05	41,2	58,8	0,28	p > 0,05
Tratamento para uso de crack								
≤ 2 tratamentos	74,0	26,0			34,0	66,0		
> 2 tratamentos	59,1	40,9	0,21	p > 0,05	22,7	77,3	0,34	p > 0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

maior parte da amostra é solteira, reside com pais ou familiares e declara ter filhos. Estas características podem ser explicadas pela dificuldade que esta população parece ter para conservar relacionamentos, uma vez que, em geral, passa a reduzir as atividades com a família em favor do uso da droga (20) ou em função das separações decorrentes de violência familiar (21).

No tocante ao uso de drogas verifica-se o primeiro uso na adolescência, sendo que a idade de início do uso das drogas lícitas antecede as ilícitas. Corroborando este dado, levantamento nacional aponta que a experimentação de drogas ocorre principalmente na adolescência (22). O padrão de comportamento com uso inicial de drogas lícitas migrando para o uso de drogas ilícitas é coerente com o que tem sido identificado na literatura (23). Também verifica-se que a idade média de início do uso de cocaína antecede a do *crack*. Dado semelhante é encontrado em estudo nacional onde constata-se que 45% dos usuários experimentaram cocaína pela primeira vez com menos de 18 anos (24).

Evidências apontam que mudanças na cultura de *crack* podem contribuir, em alguns casos, para aumentar a expectativa de vida dos consumidores. Atualmente, é corrente encontrar usuários com mais de cinco anos de uso (17, 25). Neste estudo verifica-se que o tempo médio de uso de *crack* foi de 12,86 anos ($DP = 5,73$), mostrando paralelo a estudo nacional e internacional que também evidenciaram uso de *crack* por vários anos (25, 26).

Neste estudo foi possível identificar associação entre comportamento delitivo —tráfico, prisão ou detenção— e uso de ≥ 10 pedras por episódio, realização de ≤ 2 tratamentos para dependência química, escolaridade inferior a 8 anos de estudo, ser solteiro, ter iniciado o uso de droga ilícita com < 15 anos e de *crack* com ≤ 18 anos.

A respeito do delito praticado, 54,17% dos usuários de *crack* relataram envolvimento com tráfico de drogas. A associação entre o uso de *crack* e a criminalidade pode ser explicada pelo próprio efeito da droga sobre o comportamento do usuário (27). Tanto a intoxicação quanto a abstinência causam alterações comportamentais como prejuízo cognitivo, irritabilidade e aumento da impulsividade podendo culminar em condutas ilegais (28).

Como visto, a presença de antecedentes criminais relacionados ao tráfico encontra-se associada ao uso de ≥ 10 pedras por episódio. Este resultado pode ser explicado pela fissura produzida pela droga. A fissura de cocaína/*crack*, de acordo com outros estudos, apresenta-se acompanhada de sintomas como impaciência, irritabilidade, paranoia e comportamento violento (27). Outra explicação decorre da própria ilegalidade da droga e conseqüentemente da vivência do tráfico (25). Toman-

do a frequência de uso diário de ≥ 10 pedras por episódio como medida do padrão grave de dependência pode-se concluir que a gravidade aumenta o risco de comportamento delitivo.

Neste estudo 69,44% dos usuários já realizaram pelo menos duas vezes tratamento para dependência química. Também verifica-se associação entre tráfico e a realização de ≤ 2 tratamentos. Neste sentido, a literatura aponta que grande parte dos usuários de *crack* não conseguem se manter em abstinência após a alta do tratamento, elevando as estatísticas de mortalidade, prisão e utilização de recursos em saúde (18).

Importante ressaltar que o uso de drogas encontra-se mais associado à criminalidade quando o indivíduo está inserido em contexto socioeconômico carente, com vizinhança violenta, estrutura familiar frágil, tem baixa escolaridade, está desempregado e tem poucos recursos que possibilitem o uso da droga sem o cometimento de delito para adquiri-la (29). Neste estudo observa-se que 41,67% dos usuários de *crack* já estiveram presos ou detidos em decorrência do uso de *crack*. Em relação a prisão ou detenção, as características dos usuários de *crack* que, significativamente, se associaram foram escolaridade inferior a 8 anos de estudo, ser solteiro, iniciar o uso de droga ilícita com < 15 anos e *crack* com ≤ 18 anos.

Garcia, Zacharias, Winter, Sontag (30) e Schifano, Corkey (31) afirmam que usuários de *crack* apresentam problemas com relação à criminalidade. Estudo nacional sobre o perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados aponta que usuários de *crack* têm 57,4% mais chances de detenção (2).

Em relação à história do uso de drogas, os resultados confirmam que quando o uso ocorre precocemente existe maior chance do envolvimento com delitos. Isto ocorre porque, em geral no caso de adolescentes, este consumo torna o usuário mais vulnerável aos comportamentos de risco, entre eles a prática de infrações (32, 33, 34). Estudos com adolescentes usuários de drogas apontam que o uso de drogas, especialmente álcool, tabaco e maconha, precedem o uso de outras drogas e a prática de infrações (35) e a possível relação entre este consumo e comportamento delinquente (36).

Na literatura encontra-se que as ações ilícitas cometidas pelos usuários de *crack* ocorrem motivadas ou não pelo uso de drogas, o que faz com que se pense na possibilidade de comorbidade com o transtorno de personalidade antissocial. Esta ideia é corroborada pelos estudos de Falck, Wang, Carlson (37) e Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, Brugal (38). Deve se destacar, porém, o estudo de Compton, Thomas, Stinson, Grant (39) que sugere

não haver correlação entre o uso de drogas e transtorno de personalidade antissocial sem a existência concomitante de outra comorbidade psiquiátrica.

Sabe-se que a prática de alguns crimes, principalmente roubos e furtos, encontram-se relacionados aos sintomas de abstinência de determinadas drogas. No Brasil, as principais substâncias associadas a isso são as estimulantes do Sistema Nervoso Central (29). A abstinência do *crack* provoca sensação desagradável de ansiedade que pode ser difícil de suportar. A fissura muitas vezes leva ao cometimento de atos extremos, entre eles os crimes, que em outras circunstâncias talvez não ocorressem (40, 41) e, por conseguinte, as prisões ou detenções.

No tocante às características dos usuários de *crack* que se associaram a história de tentativa de suicídio observa-se que o tempo máximo de abstinência de ≤ 1 ano foi marginalmente significativa. Este achado é corroborado pelo estudo de Hess *et al.* (42) que verificou alta frequência do risco de suicídio entre dependentes químicos em abstinência de mais de uma substância ilícita em tratamento em comunidades terapêuticas. No que se refere às comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos encontra-se na literatura evidências de que estão associadas ao aumento da agressividade, de recaídas e de suicídio (43).

Neste estudo observa-se que 69,44% dos usuários de *crack* relataram história de agressão a familiar ou amigo relacionada com o consumo da droga. Em relação a heteroagressão verifica-se associação significativa com o início de droga ilícita com < 15 anos e de *crack* com ≤ 18 anos, nesta associação a frequência diária do uso de *crack* foi marginalmente significativa. Estudo nacional aponta as lesões físicas entre os riscos decorrentes dos efeitos psíquicos do uso de *crack*. Este risco ocorre devido ao aumento da agressividade e as consequentes lesões. Em geral, o usuário, durante o consumo, pode tornar-se agressivo pelo medo de ser roubado ou de ficar sem a droga.

É comum a intensificação dos desentendimentos quando o suprimento da droga começa a escassear, e os usuários comumente julgam ser a fissura a responsável pelo aumento da agressividade em decorrência dos sintomas paranoides. Estes últimos, caracterizados principalmente por ideias e delírios persecutórios, eventualmente culminam em brigas por juízo prejudicado da realidade (25).

No que se referem ao aumento da agressividade, alguns estudos associam o uso de cocaína ao padrão de comportamento impulsivo e violento, independente de comorbidade com transtorno de personalidade antissocial (44).

Conclusão

Os resultados apontam associação do tráfico com número de pedras consumidas e de tratamentos realizados; de prisão ou detenção com baixa escolaridade, ser solteiro e idade de início do uso de droga ilícita; de tentativa de suicídio com o tempo máximo de abstinência e de heteroagressão com idade de início do uso de droga ilícita e frequência diária do uso de *crack*. Deste modo, o uso de *crack* pode contribuir para o desenvolvimento de comportamento violento —delitivo, auto e heteroagressivo.

Importante ressaltar que apesar desta associação, não significa que todos os usuários de drogas apresentarão comportamento violento, ou que toda forma de uso da droga implica violência. É preciso identificar a relação do sujeito com a droga sem excluir a subjetividade e singularidade de cada caso. Ainda neste sentido, cabe ressaltar que a criminalização da droga foi socialmente construída, através de uma percepção equivocada, que estabelece um nexo causal entre uso de droga e violência.

A complexidade deste tema exige uma visão multidisciplinar, não podendo se restringir a um problema de justiça ou segurança pública. Como problema de saúde pública, é preciso compreender a história de vida de cada usuário, identificar os riscos e criar estratégias de enfrentamento, considerando a dinâmica da sua relação com a droga, e as questões de violência que a permeiam. O uso da droga torna o sujeito vulnerável a situações de risco, o que contribui para o aumento da violência.

Referências

- (1) Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por *crack*: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuário. Rev Saúde Públ. 2011;45(6):1168-1175.
- (2) Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(3):176-177.
- (3) Brådvik L, Berglund M, Frank A, Lindgren A, Löwenhielm P. Number of addictive substances used related to increased risk of unnatural death: A combined medico-legal and case-record study. BMC Psychiatry. 2009;9(48):1-7.

- (4) Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat.* 2011 Oct;41(3):273-278.
- (5) Chalub M, Telles LE. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006 Oct;28(Suppl 2):S69-S73.
- (6) Míguez HA. Usuarios de drogas y delito: datos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Vertex.* 2009;20(83):35-39.
- (7) Henderson DJ, Boyd C, Mieczkowski T. Gender, relationships, and crack cocaine: a content analysis. *Res Nurs Health.* 1994 Aug;17(4):265-272.
- (8) Morais PC. Drogas: criminalização, alternativas e tendência legislativa brasileira [monografia na Internet]. Minas Gerais: Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública; 2005 [acesso: 2013 Fev 03]. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/DROGAS%20CRIMINALIZA%C3%83%E2%80%A1%C3%83%C6%92O%20ALTERNATIVAS%20E%20TEND%C3%83%C5%A0NCIAS.pdf>
- (9) Pereira SE, Sudbrack MF. Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei. *Psic: Teor e Pesq.* 2008;24(2):151-159.
- (10) Rabello PM, Caldas JA. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Públ.* 2007;41(6):970-978.
- (11) Bes TM, Lopes FA, Morgan GJ, Ribeiro MS, Duarte WR. Relação da violência intrafamiliar e o uso abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. *REV AMRIGS.* 2013;57(1):9-13.
- (12) Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Domini G, Ferracuti S, Kotzalidis GD *et al.* Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health.* 2010 Apr;7(4):1392-1431.
- (13) Scheffer M, Pasa GG, Almeida RM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psic: Teor e Pesq.* 2010;26(3):533-541.
- (14) Santoucy LB, Conceição MI, Sudbrack MF. A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. *Psicol Reflex Crít.* 2010;23(1):176-185.
- (15) Dunn J, Laranjeira RR. Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(1):11-16.
- (16) Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Suppl 4):545-557.
- (17) Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Públ.* 2008;42(4):664-671.
- (18) Guimarães CF, Santos DV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(2):101-108.
- (19) Zeni TC, Araújo RB. Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(1):28-33.
- (20) Figlie N, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Rev Psiquiatr Clín.* 2004;31(2):53-62.
- (21) Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violência contra a mulher: pesquisa e intervenção. *Rev Promoc Saúde.* 2002;3(6):80-3.
- (22) Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
- (23) Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):735-740.
- (24) Laranjeira R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas; 2012.
- (25) Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):210-218.

- (26) Falck RS, Wang J, Carlson RG. Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction*. 2007 Sep;102(9):1421-1431.
- (27) Barber N. Evolutionary social science: A new approach to violent crime. *Aggress Violent Beh*. 2008;13(3):237-250.
- (28) Kuhns JB, Clodfelter TA. Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggress Violent Beh*. 2009;14(1):69-78.
- (29) Oliveira KD. Perfil sócio demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento [tese mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2010.
- (30) Garcia EL, Zacharias DG, Winter GF, Sontag J. (Re)conhecendo o perfil do usuário de *crack* de Santa Cruz do Sul. *Barbarói*. 2012;36(Esp.):83-95.
- (31) Schifano F, Corkery J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990-2004). *J Psychopharmacol*. 2008 Jan;22(1):71-79.
- (32) Canavez MF, Alves AR, Canavez LS. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. *Cadernos UNIFOA*. 2010;14(1):57-63.
- (33) Guimarães AB, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev Psiq Clín*. 2009;36(2):69-74.
- (34) Pinho SR, Dunningham W, Aguiar WM, Andrade FA, Guimarães K, Guimarães K *et al*. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):126-130.
- (35) Martins MC, Pillon SC. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1112-1120.
- (36) Silva ER, Guerresi S. Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil. Texto para discussão 979. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.
- (37) Falck RS, Wang J, Carlson RG. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend*. 2008 Nov;98(1-2):24-29.
- (38) Herrero MJ, Domingo A, Torrens M, Brugal MT. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):284-293.
- (39) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 May;64(5):566-576.
- (40) Fridell M, Hesse M, Billsten J. Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *Am J Addict*. 2007;16(1):10-14.
- (41) Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kühlnhorn E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behavior in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav*. 2008 Jun;33(6):799-811.
- (42) Hess AR, Almeida RM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estud Psicol (Natal)*. 2012;17(1):171-178.
- (43) Demetrovics Z. Co-morbidity of drug addiction: An analysis of epidemiological data and possible etiological models. *Addict Res Theory*. 2009 Jul;17(4):420-431.
- (44) Perron BE, Howard MO. Adolescent inhalant use, abuse and dependence. *Addiction*. 2009 Jul;104(7):1185-1192.

SIDA: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena*

AIDS: sofrimento de
pessoas com a doença,
Cartagena

AIDS: people suffering
with the disease,
Cartagena

• Amparo Montalvo Prieto¹• Arleth Herrera Lián² •

•1• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. E-mail: amontalvop1@unicaragen.edu.co.

•2• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Recibido: 02/03/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48117>



* Esta investigación hace parte del estudio SIDA: *sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena*. Ponencia en el XVI Seminario Internacional de Cuidado y XV Encuentro de la Red Latinoamericana de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia.

Resumen

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (oms) calculan que en el año 2010 se dieron 2,7 millones de casos nuevos de infección por VIH y, según estimaciones para finales de ese mismo año, 34 millones de personas vivían con el virus. Durante la enfermedad, estas personas presentan alteraciones emocionales y padecen aislamiento, discriminación y rechazo social.

Objetivo: Identificar el grado de sufrimiento de las personas que conviven con el sida en dos instituciones de salud de Cartagena.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo, en el que se utilizaron dos instrumentos: *Caracterización socio-demográfica* y la *Escala de valoración de sufrimiento* con 35 ítems, que evalúa problemas prácticos, condición del paciente, problemas emocionales, preocupación religiosa/espiritual y problemas familiares.

Resultados: El promedio de edad fue de 39,2 años; el 54,81% de los encuestados era de sexo masculino; el 39,26% eran solteros y el 28,15% vivían en unión libre; el 57,78% era de procedencia urbana; sólo el 13,33% percibía ingresos mayores a un Salario Mínimo Legal Vigente (smLV); el 25,19% tenía formación técnica; el 77,78% pertenecía a un grupo religioso; el 41,5% manifestó tener un sufrimiento máximo, el 28,9%, un sufrimiento moderado y el 29,6%, un sufrimiento bajo.

Conclusiones: El grupo en estudio presentó miedo a lo desconocido, al avance de la enfermedad y a la muerte; tristeza y angustia por el rechazo o el señalamiento. Consideraron su sufrimiento máximo y moderado, condición que podría repercutir sobre la evolución de la enfermedad.

Descriptores: Angustia; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Ansiedad; Atención al Paciente (fuente: DECS, BIREME).

Resumo

Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (oms) estima que 2,7 milhões de novos casos de infecção pelo HIV ocorreram em 2010, de acordo com estimativas do final desse ano, 34 milhões de pessoas viviam com o HIV. Durante a doença, essas pessoas sofreram estresse emocional e isolamento, discriminação e rejeição social.

Objetivo: Identificar o grau de sofrimento das pessoas que vivem com AIDS em duas instituições de Cartagena.

Método: Estudo descritivo quantitativo, dois instrumentos, caracterização e classificação da dor escala sócio-demográfica, com 35 itens, que avalia problemas práticos, a condição do paciente, problemas emocionais, preocupações religiosas/espirituais e problemas familiares entre outros que foram usados.

Resultados: A idade média é de 39,2 anos de idade, 54,81% de homens; 39,26% solteiros e coabitam 28,15%. 57,78 % de áreas urbanas, apenas 13,33% ganham mais que um salário mínimo legal, treinamento técnico 25,19%; 77,78% pertencem a um grupo religioso. Relatório de 41,5% tendo um sofrimento máximo, 28,9% têm uma dor moderada e 29,6% relataram baixa angústia.

Conclusões: O grupo de estudo mostrou o medo do desconhecido, a progressão da doença e da morte; tristeza e ansiedade sobre a rejeição ou de sinalização. Considera-se que a condição máxima e moderada sofrimento pode afectar a evolução da doença.

Descritores: Estresse Psicológico; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Ansiedade; Assistência ao Paciente (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Statistics from World Health Organization (WHO) estimated that 2,7 million new cases of HIV infection occurred in 2010; by the end of that year, it was estimated that 34 million people were living with HIV. During the illness, these people have suffered emotional distress and isolation, discrimination and social rejection.

Objective: Identify the degree of suffering of people living with AIDS in two health institutions of Cartagena.

Methods: Descriptive quantitative research with two instruments: *Socio-demographic characterization* and *Suffering scale* with 35 items, evaluating practical problems, patient condition, emotional problems, religious/spiritual concerns and family problems.

Results: Average age was 39,2 years (52,41%), 54,81% of evaluated people were men; 39,26% of them were single and 28,15% cohabiting; 57,78% were from urban areas; only 13,33% have higher incomes than current legal minimum monthly wages; 25,19% worked with technical training; 77,78% belongs to a religious group; 41,5% said they have a maximum suffering, 28,9%, moderate suffering and 29,6%, low suffering.

Conclusions: The study group showed fear of facts unknown, as well as the disease progression and death; sadness and anxiety about rejection or pointing. They considered their suffering as maximum and moderate, a condition that could impact on the evolution of disease.

Descriptors: Stress, Psychological; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Anxiety; Patient Care (source: DECS BIREME).

Descripción

La percepción que tiene un individuo acerca de su calidad de vida puede modificarse con la presencia de una enfermedad, y más aún cuando se trata de una enfermedad crónica, que puede hacer su aparición en cualquier etapa del ciclo vital humano (1). Las personas con sida son más proclives a experimentar un amplio rango de condiciones de riesgo a su salud mental en el curso de sus vidas. Lo más común son los sentimientos vinculados a un agudo malestar emocional, depresión y ansiedad, que frecuentemente acompañan a las experiencias adversas de la vida (2).

La epidemia del VIH sigue siendo un importante problema a nivel mundial. Las personas que viven con la enfermedad del sida sufren con frecuencia problemas psiquiátricos y psicológicos. Pero su calidad de vida se puede mejorar de forma considerable cuando los agentes de salud, los miembros de la familia y los cuidadores comprenden esos problemas y apoyan al paciente que se enfrenta a ellos (3).

Vargas (2) revela en su estudio que hubo una amplia y significativa disminución del estrés percibido y de la ansiedad, pero anota que no hubo claridad acerca de qué estrategias de afrontamiento fueron más efectivas para resolver los problemas y restaurar el equilibrio emocional.

En su estudio, Torres (4) reporta que los jóvenes suelen contemplar la situación de la enfermedad en dos fases: la primera, centrada en las causas y la segunda, enfocada en la muerte social del enfermo. En las causas se señalaron situaciones de peligro y tentación que llevan a la infección por no usar protección durante las prácticas sexuales. En cuanto a la muerte social, indicaron no tener deseos de vivir, además de identificar el dolor psicológico como consecuencia del aislamiento social. Otros la concibieron como una situación que provoca diferentes tipos de dolor, físico y moral, causado por prácticas sexuales de riesgo —múltiples parejas sexuales, trabajo sexual— sin protección, así como también por transmisión sanguínea. La etapa de contagio la observaron con fatalidad y falta de prevención resaltada por el descuido personal y las implicaciones que conlleva el padecerla, como es la muerte física y social, las cuales se identifican con el rechazo y la discriminación.

Con relación a la muerte social, se destacaron elementos de tipo emocional, resaltando el aislamiento, la discriminación y el rechazo social de las personas infectadas, incluso en los servicios de salud; asimismo, el estigma y la discriminación fueron comunes (5). Flórez (6) considera que frecuentemente se asocia un mayor nivel de adap-

tación y de control en las personas con sida. En algunas situaciones, tener control disminuye los niveles de estrés y en otras, el tener demasiada sensación de control; cuando aparecen síntomas físicos, hace que aumente, puesto que aparecen sentimientos de indefensión.

Entre los posibles factores que generan ansiedad en estos pacientes, Flores (7) expresa que existe un nuevo estresor: el *Síndrome de Lázaro*. Esta condición la experimenta una persona con sida, que tras asumir la muerte como próxima, se recupera gracias a una intensa intervención en el cuidado de su salud —hospitales, casa de acogida, etc.—. Los individuos son conscientes y valoran esta situación como positiva, ya que su situación anterior les resulta perjudicial y por tanto no pueden retornar a ella, pero también perciben, aunque no en todos los casos, que no están preparados totalmente para otro tipo de vida.

No obstante, aquellas personas que han sido capaces de aceptar su condición de seropositividad al VIH y de desarrollar estrategias de afrontamiento activas frente a la enfermedad, potenciación de los recursos personales, expresión de emociones, demanda de información y búsqueda de apoyo emocional, logran mantener la enfermedad asintomática en mayor medida que aquellas que no lo hacen (8). Así mismo, se ha demostrado que tienden a mantener, e inclusive a mejorar, sus interacciones sociales en general (8-11).

Los datos epidemiológicos reportados en la ciudad de Cartagena hasta la semana 24 del 2014 muestran 191 casos, de los cuales el 84,81% reside en esta ciudad; comparativamente, en el año 2013 se reportaron 147 casos, lo que evidencia un aumento significativo. Afectados por la infección por VIH, se distribuyeron en un 64,38% en hombres y en un 35,61% en mujeres, con un promedio de edad de 34 años (12).

La ciudad de Cartagena (12) muestra un mayor número de casos en hombres de 15 a 49 años. De acuerdo con los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada, su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 25 a 35 años. En cuanto a la afiliación en salud, el 55% ha estado afiliado al régimen subsidiado, el 32,71%, al régimen contributivo, el 6,79% correspondió a población pobre no asegurada y el 5,54% a población de régimen especial y de excepción.

Atendiendo a toda la problemática que genera la seropositividad al VIH y el padecer la enfermedad del sida a nivel personal, como es el aislamiento, la discriminación, el rechazo social, que conlleva dolor físico y moral y crisis familiar, se hace necesario realizar investigaciones desde la enfermería que exploren el sentir de estos

pacientes ante el padecimiento de su enfermedad y el estigma al cual son sometidos por el rechazo social, de tal manera que se puedan orientar los cuidados de enfermería integralmente. Teniendo en cuenta la afectación de tipo emocional, físico y de exclusión social a que se ven expuestas las personas que viven con el VIH o con el sida, el presente estudio se planteó como propósito determinar el grado y el tipo de sufrimiento de las personas que viven con la enfermedad en dos instituciones de salud de Cartagena.

Diseño metodológico

Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado a 130 personas diagnosticadas con sida, que asistían a dos instituciones de salud que atienden pacientes mayores de 18 años —se obtuvo el permiso de las dos instituciones—. Las personas que aceptaron participar en el estudio firmaron el formato de consentimiento informado. La información se recolectó durante los meses de junio a noviembre del 2012.

A los pacientes que firmaron el consentimiento informado se les aplicó un instrumento de caracterización socio-demográfica de diez ítems. Para valorar el sufrimiento, se utilizó el instrumento *Escala de sufrimiento*, propuesto por la Fundación FEMEBA. Este instrumento consta de 35 ítems y permite evaluar las causas posibles de sufrimiento a través de cinco contenidos: *problemas prácticos, problemas emocionales, preocupación religiosa/emocional, condición del paciente y problemas familiares*. El que evalúa los problemas prácticos consta de 10 ítems; la evaluación de los problemas emocionales comprende 5 ítems; para evaluar la preocupación religiosa/espiritual, se cuenta con 3 ítems; para determinar la condición del paciente, hay 13 ítems; y para los problemas familiares, 4 ítems. Este instrumento comprende además una escala análoga visual que va de 0 a 10, en forma de termómetro. El nivel 0 corresponde a *Sin sufrimiento*, en el punto medio, 5, se encuentra el *Sufrimiento moderado* y el nivel 10 corresponde a *Máximo sufrimiento* (20).

Los datos se incorporaron en una matriz creada en *Microsoft Excel*® y se analizaron en el software estadístico *Stata 10.0*, con el cual se generaron estadísticas descriptivas para la caracterización, las causas y los tipos de sufrimiento de los pacientes con sida. El grado de sufrimiento obtenido se presentó a través de medidas de tendencia central y estadísticos de dispersión acompañado de Intervalos de Confianza del 95%.

En el estudio se tuvo en cuenta lo establecido en la Resolución 008430 de 1994 del Ministerio de Salud de Co-

lombia (13). La investigación no ofreció ningún tipo de riesgo para los participantes; su incorporación se hizo de manera voluntaria y, una vez comprendidos los alcances y objetivos de la investigación, autorizaron por escrito el consentimiento informado. La información obtenida se manejó confidencialmente. Se contó con la orientación de un psicólogo en la capacitación a quienes aplicaron los cuestionarios para atender la madurez mental del entrevistado.

Resultados

El promedio de edad de las personas que participaron en la investigación fue de 39,2 años (ds: 11,1) y el 54,81% fueron hombres; en cuanto a su estado civil, predominaron los solteros (39,26%), seguido por los de unión libre (28,15%) y casados (22,22%). El 80,74% de los participantes tenían hijos, con una mediana de 2. En un 57,78%, los participantes eran de procedencia urbana; en cuanto a la clasificación socio-económica, pertenecían al estrato 1 el 58,52%; y el 13,33% percibían ingresos mayores a un Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV). Con relación a la cobertura de salud, el 75,56% estaba afiliado al Régimen Subsidiado de Salud. Predominó la formación técnica en 25,19% y el Bachillerato completo en 21,48%; el 77,78% de los participantes manifestó pertenecer a un grupo religioso.

Se encontraron como posibles causas de sufrimiento en las personas del presente estudio la siguientes: el cansancio, en un 62,2%, seguida por las náuseas, en un 50,4% y dificultad para dormir, en un 49,6%. Según los participantes, los problemas relacionados con los conflictos con la información diagnóstica y pronóstica, la dificultad para orinar/defecar, la deficiencia de higiene y el delirio les ocasionó sufrimiento en un 8,1% o menos (ver Tabla 1).

Al consultar al grupo en estudio sobre su estilo de vida y salud, sólo el 37,04% manifestó realizar algún tipo de actividad física; el 45,93% padecía de hipertensión arterial, el 31,11%, de diabetes, el 24,44% de algún tipo de cáncer y sólo el 1,48% padecía o había padecido de tuberculosis (ver Tabla 2).

La aplicación del instrumento *Escala de sufrimiento* permitió evaluar las causas relacionadas con problemas prácticos, problemas emocionales, preocupación religiosa/espiritual, condición del paciente y problemas familiares. En cuanto a los problemas prácticos como causa de sufrimiento, el dinero fue la causa principal en un 77,8%, seguido por problemas en la casa y en el trabajo en un 58,5% y problemas en la escuela en un 45,2%. Los

problemas prácticos que menos causaban sufrimiento fueron la asistencia en la enfermedad y los medicamentos en un 11,9% y 8,1%, respectivamente (ver Tabla 3).

En cuanto a los problemas familiares, se encontró que el 34,1% los presentaron con otros familiares; el 11,1% consideraron la relación de pareja como posible causa de sufrimiento y sólo un 7,4% manifestaron tener sufrimiento por problemas con la relación con los hijos (ver Tabla 4).

Tabla 1. Condiciones físicas de las personas que presentan sida en Cartagena

Condición del paciente		n	%
Cansancio	Sí	84	62,2
	No	51	37,8
Náuseas	Sí	68	50,4
	No	67	49,6
Dificultad para dormir	Sí	67	49,6
	No	68	50,4
Trastornos de la alimentación	Sí	42	31,1
	No	93	68,9
Dolor	Sí	36	26,7
	No	99	73,3
Trastorno emocional	Sí	31	23,0
	No	104	77,0
Falta de aire	Sí	22	16,3
	No	113	83,7
Dificultad para la movilización	Sí	11	8,1
	No	124	91,9
Conflicto con información diagnóstica/pronóstica	Sí	11	8,1
	No	124	91,9
Dificultad para orinar/defecar	Sí	10	7,4
	No	125	92,6
Deficiencia de higiene	Sí	9	6,7
	No	126	93,3
Delirio	Sí	6	4,4
	No	129	95,6

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 2. Estilo de vida y salud de las personas que presentan sida en Cartagena

Variable		n	%
Actividad física	Sí	50	37,04
	No	85	62,96
Hipertensión arterial	Sí	62	45,93
	No	73	54,07
Diabetes	Sí	42	31,11
	No	93	68,89
Cáncer	Sí	33	24,44
	No	102	75,56
Tuberculosis	Sí	2	1,48
	No	133	98,52

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 3. Problemas prácticos de las personas que presentan sida en Cartagena

Problemas prácticos		n	%
Dinero	Sí	105	77,8
	No	30	22,2
Casa	Sí	79	58,5
	No	56	41,5
Trabajo/Escuela	Sí	61	45,2
	No	74	54,8
Transporte	Sí	42	31,1
	No	93	68,9
Alimentos	Sí	40	29,6
	No	95	70,4
Asistencia en la enfermedad	Sí	16	11,9
	No	119	88,1
Medicamentos	Sí	11	8,1
	No	124	91,9
Cuidado de los niños/pacientes	Sí	11	8,1
	No	124	91,9
Mutual/obra Social/hospital	Sí	10	7,4
	No	125	92,6
Otros	Sí	2	1,5
	No	133	98,5

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 4. Problemas intrafamiliares de las personas que presentan sida en Cartagena

Problemas familiares		n	%
Relación con otros familiares	Sí	46	34,1
	No	89	65,9
Relación de pareja	Sí	15	11,1
	No	120	88,9
Relación con los hijos	Sí	10	7,4
	No	125	92,6

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 5. Problemas emocionales de las personas que presentan sida en Cartagena

Problemas emocionales		n	%
Preocupación	Sí	86	63,7
	No	49	36,3
Tristeza	Sí	79	58,5
	No	56	41,5
Angustia	Sí	58	43,0
	No	77	57,0
Miedo	Sí	57	42,2
	No	78	57,8

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 6. Preocupación religiosa/espiritual de las personas que presentan sida en Cartagena

Preocupación Religiosa/espiritual		n	%
En relación con Dios	Sí	3	2,2
	No	132	97,8
Pérdida de fe	Sí	2	1,5
	No	133	98,5
Otra preocupación	Sí	2	1,5
	No	133	98,5

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 7. Nivel de sufrimiento de las personas que presentan sida en Cartagena

Nivel de sufrimiento	n	%
Bajo	40	29,6
Moderado	39	28,9
Extremo	56	41,5
Total	135	100

Fuente: Base de datos de la investigación.

En el aspecto que evaluó los problemas emocionales, para el 63,7% la preocupación fue el principal problema y le sigue en un 58,5% la tristeza; el 43% de los encuestados consideraban la angustia como el problema emocional que los afectaba y el 42,2% presentaron miedo (ver Tabla 5).

Los resultados evidenciaron que por causas religiosas o espirituales el sufrimiento percibido por los pacientes con sida fue del 5,2% (ver Tabla 6).

El 41,5% de los participantes consideraron el sufrimiento en grado máximo, el 28,9% contestó que presentaron un sufrimiento moderado y el 29,6%, un grado de sufrimiento bajo (ver Tabla 7).

Discusión

El cuidar al ser humano desde su integralidad se constituye en un reto y en un propósito, es decir: que desde el acompañamiento a la persona enferma se alcance un equilibrio a pesar de su malestar, que comprenda y acepte que como paciente puede recibir o rechazar el cuidado, a pesar de su condición física (14). La infección por el VIH, aunque se considera de carácter crónico, implica para el paciente que la vivencia, unos niveles altos de incertidumbre dada la alta estigmatización que rodea al sida y la noticia del diagnóstico les lleva a preocuparse por las posibles reacciones en su entorno social (15). La valoración del sufrimiento emocional ante la enfermedad proporciona elementos que permiten determinar las acciones para cuidarlo con una actitud y un sentimiento de apoyo hacia su situación de salud (14).

El promedio de edad de las personas con sida en Cartagena para esta investigación fue de 39,2 años; la enfermedad se encontraba distribuida en la población masculina en un 54,81%. Datos similares encontró Gómez (16) en su

estudio, donde la media de las personas fue de 36,9 años; en el estudio de Valencia (17), el 63% de los participantes eran hombres, con una media de edad de 35,3 años. Otros autores reportaron datos semejantes en cuanto al género y la edad media de la población estudiada (18, 19, 20). Afín a la información de este estudio, Herrera (18) encontró en su investigación que el 37% tenían sólo estudios primarios, el 67% tenían hijos y la mitad de los participantes tenía empleo. Martínez (20) reportó que el nivel educativo se concentró en la educación media.

En cuanto a las condiciones económicas, se encontró que una gran proporción de los pacientes se encontraba en el estrato 1 o con ingresos menores a un Salario Mínimo Legal Vigente (smLv), lo que les ocasionó una situación de inseguridad y los conllevó a aumentar el sufrimiento. Martínez (20) informa a su vez que sólo el 17,3% de los pacientes trabajaban activamente, el 34,6% se encontraban en situación de desempleo, el 21,1% fueron indemnizados por la enfermedad y el resto se encontraba en jubilación anticipada o situaciones similares. La condición de bajos ingresos, la baja escolaridad y las mínimas posibilidades con los que se encuentran estos pacientes en el medio llevan a que se produzcan niveles de preocupación por no poder satisfacer las necesidades básicas que la vida diaria les presenta.

El cansancio, las náuseas y la dificultad para dormir se encuentran entre las principales condiciones físicas a las que se ve sometido en muchas ocasiones la persona con sida en Cartagena, ya sea como consecuencia del tratamiento, ya por la presencia de enfermedades oportunistas. Bernstein (21), de manera similar, informa de malestares gastrointestinales, diarrea, náuseas y vómitos como las principales condiciones que producen un gran deterioro en la calidad de vida.

El presente estudio reportó que diversas situaciones del entorno social, familiar y personal los llevaron a presentar niveles de sufrimiento moderado a extremo, asociadas a la práctica del diario vivir, como problemas emocionales, problemas relacionados con la condición del paciente, problemas intrafamiliares y, en menor medida, preocupación de orden religioso o espiritual. Estos resultados reflejaron que el núcleo familiar juega un papel muy importante en el desarrollo y en la adherencia al tratamiento, pues el soporte personal es la familia, lo que se relaciona con lo encontrado por Chaparro (22), quien destacó el efecto positivo de la convivencia familiar en relación con un menor deterioro de la salud percibida en diversas dimensiones.

Los pacientes del presente estudio presentaron tristeza, angustia y miedo como causantes de sufrimiento. Estos datos evidenciaron un componente emocional en sus vidas que los hacen sufrir, ya sea por la preocupación

por el futuro o por el avance de la enfermedad, la tristeza y la angustia que produce el rechazo o el señalamiento y el miedo frente a lo desconocido y a la muerte. Para Montoya (23), este sufrimiento se intensifica por la amenaza de la enfermedad o por sus consecuencias, las cuales se relacionan con la incertidumbre ante el futuro, la proximidad de la muerte, las pérdidas, el dolor o los síntomas experimentados; todas estas situaciones que afectan el estado de ánimo son capaces de destruir la integridad física y social de la persona.

Los datos obtenidos muestran que las personas que padecen sida en Cartagena manifiestan que en lo concerniente a preocupaciones de tipo religioso/espiritual no sufren. Sólo el 5,2% de ellos reporta algún tipo de sufrimiento, teniendo en cuenta que la religiosidad o la espiritualidad tiene un aspecto relacionado con el entorno social del paciente, resultado que podría deberse al apoyo recibido por grupos religiosos. Chaparro y Domínguez (22, 24) explican cómo la espiritualidad en el ser humano los fortalece ante las situaciones de cercanía a la muerte. Cabrera (25) manifiesta que para evitar el sufrimiento, el individuo evade la realidad y busca salidas ideales a su problema, que en ocasiones lo hacen asumir una actitud de resignación y hasta de estoicismo.

Estas circunstancias que rodean a las personas que conviven con el virus del VIH han conducido al surgimiento de nuevos estilos de vida, a modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos y a cuestionar el sufrimiento como un sentimiento que se vive a consecuencia de estas situaciones. Así mismo, lleva a preguntarse cuál es la calidad de vida que se tiene (14).

Estudiar a los pacientes con sida desde el sufrimiento nos ha permitido obtener la información necesaria para orientar el cuidado a la persona con este tipo de enfermedad, valorando su condición emocional y de esta manera determinar las acciones para cuidarlo con una actitud y un sentimiento de apoyo hacia su situación de salud. Es necesario desarrollar nuevas propuestas orientadas a valorar la calidad del cuidado y su impacto en las personas que viven con el virus del sida.

Conclusiones

- El promedio de edad de las personas que presentan sida y aceptaron participar en la investigación fue de 39,2 años, en su mayoría fueron hombres, solteros, con formación educativa media y técnica, de procedencia urbana, de estrato socio-económico 1, pertenecientes a un grupo religioso y

en gran número afiliados al Régimen Subsidiado de Salud. La mayoría de los participantes tenían dos hijos.

- Estos pacientes presentaron miedo frente a lo desconocido, el avance de la enfermedad y la muerte, tristeza y angustia por el rechazo o el señalamiento.
- Los resultados de la escala mostraron que un gran número de los participantes consideraba su sufrimiento en un grado extremo y moderado, condición que puede repercutir sobre la evolución de la enfermedad.

Agradecimientos

Las autoras presentan sus agradecimientos a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, por la financiación recibida para el desarrollo del proyecto, mediante Resolución 3266 del 29 de septiembre de 2009 y a las instituciones participantes que permitieron el acercamiento y el trabajo con los cuidadores de la ciudad.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2012 [informe en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2012 [acceso: 23 sep 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es_who2012_Full.pdf
- (2) Vargas JE, Cervantes MR, Aguilar JE. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicol Salud* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 20 abr 2011];19(2):215-221. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jaime-Ernesto-Vargas-Mendoza.pdf>
- (3) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 [informe en Internet]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); 2013 [acceso: 26 sep 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf
- (4) Torres TM, Reynaldos CQ, Lozano AF, Munguía JA. Concepciones culturales del VIH/sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev Saúde Públ* [revista en Internet]. 2010 oct [acceso: 20 abr 2011];44(5):820-829. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n5/1639.pdf>
- (5) Foreman M, Lyra P, Breinbauer C. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector de salud [libro en Internet]. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2003 [acceso: 9 may 2011]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8ba9b017-f3f7-11e0-b738-d1a8aaef7520/EstigmaDiscriminacionSaludviviomoms.pdf>
- (6) Flores ES, Borda MM, Pérez MA. Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *Int J Clin Hlth Psyc* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 27 sep 2014];6(2):285-300. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-178.pdf
- (7) Flores ES, Borda MM, Pérez MA. Sida y exclusión social: alteraciones emocionales. *Rev Psicopatología Psicol Clín* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 20 abr 2011];11(1):37-49. Disponible en: [http://www.aepc.net/arc/04.2006\(1\).Floresetal.pdf](http://www.aepc.net/arc/04.2006(1).Floresetal.pdf)
- (8) Piña JA, Rivera BM. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Cienc Enferm* [revista en Internet]. 2007 dic [acceso: 27 sep 2014];13(2):53-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200007&lng=en
- (9) Vinaccia SA, Fernández H, Quiceno JM, López MP, Otálvaro C. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Ter Psicol* [revista en Internet]. 2008 jul [acceso: 27 sep 2014];26(1):125-132. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718=48082008000100011-&script=sci_arttext
- (10) Briongos LS, Bachiller PL, Eiros JM, Palacios TM. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *An Med Intern* [revista en Internet]. 2007 ago [acceso: 15 sep 2014];24(8):399-403. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n8/revision.pdf>

- (11) Cardona JA, Peláez LV, López JS, Duque MM, Leal OA. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica*. 2011 [acceso: 27 sep 2014];31(4):532-544. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/422/787>
- (12) Departamento Administrativo y Distrital de Salud (DADIS). Comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA/MUERTE por VIH, Cartagena, semana epidemiológica 28 del año 2014 [boletín en Internet]. Cartagena: Departamento Administrativo y Distrital de Salud (DADIS). *Vigilancia en Salud Pública*; 2014 [acceso: 25 sep 2014]. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/boletines/2014/vih_sem_28_2014.pdf
- (13) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (4/10/1993).
- (14) Montalvo AP, Cabrera BN, Quiñonez SA. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 16 abr 2012];12(2):134-143. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120/pdf>
- (15) Nureña CR. Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH: estudio etnográfico con personas con VIH de Lima, Perú. *Inf Cult Soc* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 25 sep 2014];(25):87-116. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17402011000200006
- (16) Gómez JJ, Mayorga ME, Pérez JO, Rojas LZ, Orozco LC, Camargo FA. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas con VIH/sida. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2013 oct [acceso: 25 sep 2014];12(32):1-10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/clinica1.pdf>
- (17) Valencia CP, Canaval GE, Marín D, Portillo CJ. Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare institutions of Cali, Colombia. *Colomb Méd* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 13 feb 2012];41(3):206-214. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/706/1153>
- (18) Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev Saúde Pública*. 2008 abr [acceso: 17 sep 2014];42(2):249-255. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n2/6277>
- (19) Díaz DR, Menéndez HA, Sánchez LC, Verga BT, Márquez SJ. Estratificación de riesgo de VIH/sida. *Rev Ciencias Médicas* [revista en internet]. 2010 [acceso: 19 abr 2012];14(3):2-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000300002&lng=es
- (20) Martínez PG, Olea AN, Chiu MA. Situación epidemiológica de la infección por VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Chile. *Rev Chil Infectol* [revista en Internet]. 2006 dic [acceso: 19 abr 2012];23(4):321-329. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000400005&lng=es
- (21) Bernstein JC. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/sida [tesis doctoral en Internet]. Argentina: Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2010 [acceso: 15 abr 2012]. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisDoctorales/16.pdf>
- (22) Chaparro L. El vínculo especial de cuidado: construcción de una teoría fundamentada. *Av Enferm*. 2010 [acceso: 28 sep 2014];28(2):123-133. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii2_11.pdf
- (23) Montoya RD, Schmidt JR-V, Prados DP. En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica. *Cult Cuid* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 6 abr 2012];10(20):117-121. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/20pdf/20-117-1807.pdf>
- (24) Domínguez OH. Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal. *Acta Bioeth* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 27 sep 2014];15(1):94-99. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100012&lng=es, <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100012>
- (25) Cabrera MA, Lluch AB, Casas I. Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 19 abr 2012];24(3-4):1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300006&lng=es

Asociación de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva

Associação de recursos da família pais e adolescentes em Neiva

Association of family functionality parent-adolescent in Neiva

• Alix Yaneth Perdomo Romero¹ • Claudia Andrea Ramírez Perdomo² •
• Edna Fabiola Galán González³ •

•1• Magister en Atención al Adulto-Anciano y en Educación. Docente Asociada, Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: alix-yaneth3@yahoo.es

•2• Candidata a Doctora en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Antioquia. Docente Asociada Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia.

•3• Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud y del Deporte.

Recibido: 17/04/2013 Aprobado: 15/12/2014

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.40105>



Resumen

Objetivo: Analizar la asociación de la funcionalidad familiar determinada por los padres y sus hijos adolescentes, mediante la puntuación de la escala ASF-E.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 220 familias con adolescentes cuyos hijos tenían entre 13 y 18 años, vinculados a una institución educativa de Neiva (Colombia) en el año 2012. Se utilizaron dos instrumentos para el levantamiento de la información: una encuesta de datos sociodemográficos y la *Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar ASF-E*.

Resultados: No se encontró diferencia significativa en la puntuación hecha por padres e hijos, dado que en el nivel bajo de funcionalidad se ubicaron el 68,6% y el 69% respectivamente, mientras que en el medio fue de 28,2% y 30,5%.

Conclusión: Las familias con adolescentes sujeto de estudio tienen un nivel de funcionalidad familiar predominante en el nivel bajo, reflejado en la insuficiente suplencia de las demandas afectivas de los jóvenes. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar percibida por hijos, con respecto a la de sus padres o tutores.

Descriptor: Familia; Adolescente; Padres; Enfermería; Relaciones Familiares (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Analisar a associação de determinadas funcionalidades familiares para os pais e seus filhos adolescentes, marcando a escala ASF-E.

Metodologia: Um estudo descritivo transversal foi realizado em 220 famílias com filhos adolescentes na faixa etária entre 13 e 18 anos, vinculados a uma instituição de ensino de Neiva (Colômbia) em 2012. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de informações, um levantamento de dados sociodemográficos e a Escala de Avaliação da Efetividade da Funcionalidade Familiar ASF-E.

Resultados: Nenhuma diferença significativa foi encontrada na pontuação feita por pais e filhos, uma vez que em baixo nível de funcionalidade foram colocados 68,6% e 69%, respectivamente, enquanto a média foi de 28,2% e 30,5%.

Conclusão: Famílias com os adolescentes sujeitos de estudo têm uma funcionalidade de nível familiar predominante em um nível baixo, que se reflete em substituição inadequada de demandas afetivas dos jovens. Associação estatisticamente significativa entre a percepção da criança e a família funcional foi encontrada com relação ao pai ou responsável.

Descritores: Família; Adolescente; Pais; Enfermagem; Relações Familiares (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To analyze the association of certain familiar functionality for parents and their teenage children, by scoring the ASF-E scale.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted in 220 families with teenagers with children between 13 and 18 years, linked to an educational institution of Neiva (Colombia) on 2012. Two instruments for the collection of information were used: a survey of socio-demographic data and the *Scale for the Assessment of Family Functionality ASF-E*.

Results: No significant difference was found in the score made by parents and children, since the low level of functionality were placed 68,6% and 69% respectively, while the average was 28,2% and 30,5%.

Conclusion: Families with teenagers-subject of study have a predominant family level functionality at a low level, reflected in inadequate substitution of affective demands of young people. Statistically significant association between perceived family functioning children was found with respect to the parent or guardian.

Descriptors: Family; Adolescent; Parents; Nursing; Family Relations (source: DECS BIREME).

Introducción

Una familia funcional es saludable cuando afronta las crisis de forma congruente y busca la estabilidad, característica que no se da de manera aislada, sino que el ambiente y los sistemas de apoyo influyen en la respuesta adecuada ante las crisis. Así lo expresa García: “Una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros en la medida en que como sistema logre la congruencia, estabilidad familiar y personal y responda a las demandas del entorno” (1).

Los cambios en la estructura familiar influyen en su funcionamiento, pues los roles de los integrantes ausentes deben ser suplidos por los integrantes permanentes, con lo cual se generan tensiones y conductas lesivas para el funcionamiento familiar (2). Es así como en Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (3), la jefatura familiar ha tenido un cambio hacia la feminización cercana al 10%, de tal forma que sólo el 56% de los menores de 15 años vive con ambos padres, mientras el 32% convive con la madre, un 3% con el padre y un 7% con ninguno de los dos.

En el 2010 fueron notificados 2 898 casos de violencia intrafamiliar por la Secretaría Departamental de Salud del Huila, de los que el primer lugar fue para la violencia conyugal (50,8%) y el segundo para el maltrato infantil (21,3%). En ese mismo año, los casos de violencia intrafamiliar registrados en Neiva llegaron a 356, representados en un 36,6% de violencia física y un 29,9% de negligencia (4). Éstos tuvieron lugar en familias compuestas y nucleares urbanas, cuyas principales víctimas fueron las mujeres entre los 15 y 44 años, cuyo agresor fue el esposo (5).

La violencia intrafamiliar es un problema nacional, regional y local. Algunas causas son prevenibles desde la comprensión del fenómeno del funcionamiento familiar y las intervenciones posibles, de ahí la importancia de generar investigación en torno a la familia en diferentes contextos.

Aspectos teóricos

La investigadora en familia Marie Luise Friedemann elaboró la escala Evaluación de la Funcionalidad Familiar ASF-E, que permite estudiar aspectos a través de instrumentos como el *Faces* y el *Apgar*. Para Friedemann, la familia es una unidad estructural y organizada que obra recíprocamente con su ambiente. Es un sistema con

subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades, definidas por vínculos de consanguinidad, afectivos y normativos, que establecen diferentes formas de relación, con responsabilidades individuales, compartidas o comunes. Los individuos que la conforman tienen distintas relaciones entre sí y como unidad tienen relaciones con otros sistemas del medio ambiente. Además, incluye todas las personas que un individuo considera son su familia, conectados emocional y funcionalmente (7).

La fundamentación para esta escala es la Teoría de Organización Sistémica (6), que describe cuatro dimensiones y metas (7), conductas que realiza la familia para conseguir los propósitos o las metas:

- **Mantenimiento del sistema.** Según Friedemann, esta dimensión se dirige a la estabilidad y el control (8); se relaciona con el control y la estabilidad e incluye todas las acciones que suplen las necesidades físicas, emocionales y sociales como dormir, hacer ejercicio, comer, trabajar, el manejo del dinero y la planeación del futuro.
- **Cambio del sistema.** Acciones conscientes de la persona que toma decisiones de aceptar o reemplazar viejos valores y actitudes. Es necesario para permitir la adaptación a las nuevas alternativas de vida y se relaciona con el control y el crecimiento.
- **Coherencia.** Unión de los subsistemas de una persona en un todo unificado. Es una de las conductas necesarias, para mantener esa unidad, desarrolladas desde la infancia a través del apoyo familiar, cuyo fin es la estabilidad y la espiritualidad. La persona coherente acepta sus debilidades, al mismo tiempo que conoce las habilidades y talentos que convierte en acciones.
- **Individuación.** Seguridad interna. Permite al individuo aventurarse y desempeñarse en el ambiente y tiene como blanco la espiritualidad que lleva al crecimiento. Incluyen actividades físicas e intelectuales propiciadas por la familia, que enseñan acerca de sí mismo y de los otros y que llevan a una nueva perspectiva, a un nuevo sentido de la vida.
- Los *propósitos* o *metas* (7) orientan el propio orden del sistema familiar y lo identifican como grupo particular y estructurado, a través del cual evalúa su funcionamiento:
- **Control.** Los seres humanos mantienen el sistema sin cambiar o regular el conocimiento y la información para producir cambios deseables y

reducen la ansiedad evocada por un sentido de vulnerabilidad e impotencia, conservando la organización familiar interna.

- **Espiritualidad.** La persona experimenta una conexión con el orden del universo, una defensa contra la impotencia, una búsqueda activa que emplea el intelecto y las emociones. La espiritualidad sana resulta en congruencia con otros sistemas y es experimentada como sentido de pertenencia, aceptación, respeto, sabiduría y paz interior.
- **Estabilidad.** Tendencia de un sistema de mantener sus características básicas e incluye valores, creencias, flexibilidad al cambio y apertura a desafiar las propias opiniones y actitudes.
- **Crecimiento.** Necesario en las situaciones en que la estabilidad es incongruente con el ambiente. Su finalidad es generar nuevos comportamientos, en el que los humanos saludables experimentan el crecimiento como respuesta a una crisis cuando es evidente que la estructura de un sistema tradicional y su función no son adecuadas.

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal, cuya muestra la conformaron 220 familias con adolescentes de 13 a 18 años, vinculados a una institución educativa. Se usó el muestreo aleatorio, estratificado proporcional, partiendo del listado de estudiantes y discriminado por cursos. Los informantes familiares fueron hijos adolescentes y uno de sus padres o tutores. Para recolectar la información, se utilizaron dos instrumentos: una encuesta de datos sociodemográficos y la *Escala de Funcionalidad Familiar ASF-E*, que constó de 20 preguntas con respuestas elegidas a partir de tres posibilidades, con valores entre 1 y 3 puntos, siendo el 1 un nivel *bajo*, 2 un nivel *intermedio* y 3 un nivel *alto* de funcionalidad familiar, para una máxima puntuación posible de 60 y una mínima de 20. El nivel de funcionamiento se clasificó como *alto* entre 56 y 60 puntos, *medio* de 51 a 55 y *bajo* de 20 a 50 (7), evaluando la funcionalidad familiar a partir de la descripción de las dimensiones y las metas, con una confiabilidad de entre 0,691 y 0,742 (9).

El procesamiento de los datos se realizó en el software estadístico *SPSS Versión 11.5*. Las consideraciones éticas se basaron en la Resolución 8430 de 1993 (10), considerándose como una investigación de riesgo mínimo. Los informantes familiares menores de edad firmaron el consentimiento,

al igual que sus tutores, y se garantizó la confidencialidad para las familias y la institución educativa.

Resultados

Se realizó un tratamiento univariado a las características sociodemográficas y las puntuaciones para la funcionalidad familiar, las metas y las dimensiones y un tratamiento bivariado a la relación entre la funcionalidad familiar puntuada por padres o tutores y sus hijos adolescentes.

Características sociodemográficas de los informantes familiares

Participaron 440 informantes, 220 hijos y 220 padres o tutores. Los adolescentes en su mayoría fueron hombres (51,8%), con edades predominantes entre 14 y 15 años (52,3%), con promedio de 14,8 años. En cuanto a los padres o tutores, se destacó la participación de las mujeres (79,5%) entre los 18 y 80 años, con un promedio de 40,4 años, mientras los tutores de 18 años eran los hermanos mayores y los de más de 65 años eran los abuelos, tíos u otro pariente. Las ocupaciones principales fueron las de empleados (45%) y actividades del hogar (45,9%).

Características sociodemográficas de las familias de convivencia

Para describir la tipología familiar, se tuvo en cuenta la clasificación de Amaya (11): la familia preponderante fue la nuclear (42,7%), seguida por la familia nuclear modificada (17,3%) y la extensa (16,8%), que son tipos de familia en aumento, dadas las circunstancias sociales y económicas que ocasionan la recomposición (12).

Usando las etapas del ciclo vital familiar de Duvall (13), la mayor parte fueron familias con hijos adolescentes (73,2%), seguida por las familias que estaban en etapa de lanzamiento (20,4%). El tipo de unión se caracterizó por la existencia de una pareja establecida mediante casamiento o unión libre (68,2%) y en segundo lugar, las parejas disueltas (21,3%). El 76,3% de estas familias recibían uno o menos de un Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV), dato concordante con la investigación de García (14), que reportó que el promedio de ingresos mensuales era de un salario mínimo en los dos grupos de adolescentes estudiados.

Funcionalidad familiar

En las familias participantes se obtuvo una puntuación mínima de 31 y una máxima de 58, cuyo promedio fue de 47,3 puntos.

La Tabla 1 representa la funcionalidad familiar para la mayoría (68,9%) de las familias participantes en el nivel *bajo*, con un segundo lugar para el nivel *medio* (29,3%). Estas familias clasificadas en el nivel *intermedio* están en riesgo de pasar al *bajo*, ante la ocurrencia de circunstancias críticas o, por el contrario, de mejorar y pasar al nivel *alto*, al beneficiarse de intervenciones que modifiquen sus características débiles.

Dimensiones del sistema familiar

La Tabla 2 muestra que la *Individuación* se ubicó principalmente en el nivel *bajo e intermedio* (19,8% y 50,0%), lo cual refleja familias con deficiencias para asumir actividades físicas e intelectuales que expanden el horizonte de una persona, como compartir los gustos de los hijos, participar en grupos de estudio, alentar a los miembros a buscar sus propios intereses, escuchar ideas inusuales, resolver problemas económicos, dar libertad para elegir sus amigos, involucrarse en actividades comunitarias, disfrutar las diferencias personales y permitir expresiones individuales de personalidad.

La *Coherencia* ocupó el segundo lugar, con un nivel *bajo* de 7,5% y un nivel *medio* 44,8%. La coherencia significa

Tabla 1. Niveles de la funcionalidad familiar global

Nivel de funcionamiento familiar	n	%
Nivel <i>bajo</i>	303	68,9
Nivel <i>medio</i>	129	29,3
Nivel <i>alto</i>	8	1,8
Total	440	100

Fuente: Datos de la investigación.

la unión de los subsistemas y las conductas necesarias para mantener esa unidad. Se desarrolla desde la niñez, a través del apoyo de los padres, la aceptación y el estímulo, así como la respuesta a los desafíos del medio ambiente. Una persona coherente está segura y en paz consigo misma. Se refleja en acciones como pasear juntos, celebrar fechas especiales, compartir horas de comida, gestar actividades para sentirse cómodos en casa y preservar tradiciones familiares.

El *Cambio del sistema* se ubicó en el nivel *medio* con 74,5%. Según la Teoría de Organización sistémica (6), la tensión o malestar con la situación actual lleva a la persona a probar valores y a jugar con nuevas prioridades en la vida, tomando decisiones de integrar o no cierta información, que cambia los valores y las actitudes antiguas. Algunas actividades que describen el cambio del sistema son: arrendar un cuarto de la casa cuando hay problemas económicos, la salida de casa de alguno de los hijos, admitir a una persona para que cuide de algún enfermo en casa, ajustar el tiempo dedicado a la familia por causa de las responsabilidades laborales y recortar el tiempo de las vacaciones (6).

El *Mantenimiento del sistema* obtuvo un nivel *alto* con 70,2%. Abarca acciones como dormir, ejercitarse, comer, trabajar, descansar o disfrutar de actividades recreativas, las cuales están reguladas y ocurren bajo modelos repetitivos y se orientan a suplir necesidades físicas, emocionales y sociales, comparables con lo que define Orem como *Acciones de autocuidado* (6). Por su parte, para Friedemann (6) un sistema de mantenimiento saludable representa sentido de seguridad y autonomía.

Metas del sistema familiar

En la Tabla 3 se puede observar que la *Espiritualidad* se encontró en un nivel *medio* con 54,5%. Implica armonía

Tabla 2. Comportamiento de las dimensiones del sistema familiar

	Nivel de coherencia		Nivel de individuación		Nivel de cambio		Nivel de mantenimiento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel <i>bajo</i>	33	7,5%	87	19,8%	25	5,7%	13	3,0%
Nivel <i>medio</i>	197	44,8%	220	50,0%	328	74,5%	118	26,8%
Nivel <i>alto</i>	210	47,7%	133	30,2%	87	19,8%	309	70,2%
Total	440	100,0%	440	100,0%	440	100,0%	440	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 3. Comportamiento de las metas del sistema familiar

	Nivel de estabilidad		Nivel de control		Nivel de crecimiento		Nivel de espiritualidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel bajo	17	3,9%	6	1,4%	14	3,2%	22	5,0%
Nivel medio	128	29,1%	178	40,5%	333	75,7%	240	54,5%
Nivel alto	295	67,0%	256	58,2%	93	21,1%	178	40,5%
Total	440	100,0%	440	100,1%	440	100,0%	440	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

de los patrones de la persona unificada, lo cual ofrece una seguridad interior que le permite un desarrollo interactivo con otros sistemas abiertos mediante lo que aprende de sí mismo y de otros, con nuevos propósitos en la vida (15).

Se destacó el *Crecimiento*, con un 75,7% en un nivel *medio*, el cual se estructura a través de las dimensiones de individuación y cambio del sistema. Requiere de una reorganización sustancial de valores básicos y prioridades. Se da cuando la estabilidad personal es incongruente con el ambiente, haciendo necesario asumir otros comportamientos que se reflejan en toda la familia, para lo es que necesaria la comunicación.

El *Control* se consigue a través de las estrategias contempladas en el mantenimiento y el cambio del sistema, con el que se reduce la ansiedad producida por la inseguridad y la vulnerabilidad de las familias ante situaciones nuevas y desconocidas. Las personas mantienen el sistema inalterado o lo regulan a través del conocimiento suficiente para poder procesar la información y acomodar los cambios deseables sin desestabilizar la familia, permitiéndole conservar su organización interna.

La *Estabilidad*, con 67,0% en un nivel *alto*, se consigue a través de las acciones contempladas en el mantenimiento del sistema y la cohesión. Entrega a la familia la seguridad necesaria para establecerse como un todo, con características especiales definidas por los valores y las actitudes.

Según la teoría de organización sistémica (6), ésta disminuye la ansiedad ante el crecimiento y el estancamiento del sistema, tiene que ver con el carácter o personalidad del individuo y define la identidad corporal y la autoestima.

Análisis bivariado

Mediante el análisis bivariado de los datos se relacionó el puntaje global de la funcionalidad familiar, las metas y las dimensiones puntuadas por hijos y padres a través del *Coficiente de Spearman*. El nivel alto de funcionamiento familiar no representó una cifra elevada que pudiera ser llamativa dentro del análisis. Para su verificación, se procedió a probar la hipótesis que relaciona el grado de funcionalidad familiar de padres o tutores y de hijos adolescentes:

Ho: $p = 0$ (no relacionados).

Ha: $p \neq 0$ (relacionados).

El Coeficiente de Spearman obtenido, 0,494 ($p = 0,000$), señaló la correlación positiva moderada con significancia estadística, concluyendo que padres e hijos tienen similares percepciones acerca del funcionamiento de sus familias.

Dimensiones del sistema familiar

La Tabla 4 presenta una asociación positiva débil entre el nivel de coherencia, la individuación, el cambio y el mantenimiento percibidos por padres o tutores e hijos, siendo el mantenimiento el más cercano a un nivel moderado de correlación. Se observó una asociación estadística entre la funcionalidad familiar descrita por padres e hijos a través de las dimensiones familiares.

La Tabla 5 presenta las metas del sistema familiar con correlación positiva débil significativa estadísticamente,

Tabla 4. Coeficientes de correlación de las dimensiones entre padres-tutores y sus hijos

Dimensiones del sistema familiar	Coefficiente de Spearman	Significancia valor p
Coherencia	0,385	0,000
Individuación	0,260	0,000
Cambio	0,240	0,000
Mantenimiento	0,427	0,000

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 5. Coeficientes de correlación de las metas entre padres/tutores y sus hijos

Metas del sistema familiar	Coefficiente Spearman	Significancia valor p
Estabilidad	0,490	0,000
Control	0,413	0,000
Crecimiento	0,206	0,000
Espiritualidad	0,392	0,000

Fuente: Datos de la investigación.

señalando que hay asociación estadística significativa entre las puntuaciones de las metas para padres o tutores e hijos.

Discusión

La distribución por género de los informantes adolescentes que dan una leve mayoría al género masculino guardó relación con las proyecciones del DANE para el Huila (16). La mayor cantidad de adolescentes tenía entre 13 y 16 años, con disminución para ambos géneros en los grupos de 17 y 18 años.

Los padres o tutores de estas familias viven la transición entre adulto joven y medio o maduro hablando del ciclo vital individual descrito por Erickson (17), que es lo esperado para familias con hijos adolescentes, lo que hace que esta época de la vida familiar sea compleja, pues en ella convergen dos etapas del ciclo vital individual en la que suele haber crisis. Además, las principales tran-

siciones que suceden durante la adolescencia suponen asumir comportamientos libres y responsables. Con los cambios puberales y cognoscitivos se producen modificaciones emocionales, familiares, académicos o laborales que facilitan el logro de la identidad personal (18).

Predominó la familia nuclear, seguida de la nuclear modificada, lo cual fue favorable para los adolescentes por la existencia de la pareja, influyendo en el fortalecimiento de la personalidad, la figura paterna o materna modelo a seguir, la toma de decisiones y el respaldo económico (19). Se encontraron dos etapas de ciclo vital familiar, la más frecuente, la familia con hijos adolescentes, seguida de la familia en plataforma de lanzamiento, dadas las características de la investigación al trabajar familias con adolescentes.

Los resultados de la funcionalidad familiar global de la presente investigación fueron similares a los hallados en otros estudios como los realizados en familias con adolescentes por Criado (20), con un 65,3%, González (21) con 60,9%, Bolaño (22) con 81,9%, Criado (23) con 64,4% y Galán (24) con 62,7% de nivel *bajo*, el cual fue el más frecuente; mientras que se reportó nivel *intermedio* en los estudios realizados por Osorno (25), con un 60,76% y García (14), con 57,7%. Según la teoría de Friedemann (6), se puede decir que la mayor parte de las familias con adolescentes que participaron en esta investigación no responden a las demandas de sus integrantes y las del medio que les rodea, generando insatisfacción con la forma como funciona su familia y llevando a experimentar a causa de ello comportamientos y acciones de influencia negativa en la unión familiar (26).

En las familias del presente estudio no hubo un logro efectivo de las metas estabilidad, espiritualidad y crecimiento a través de las dimensiones: *individuación*, *coherencia* y *cambio*, lo que puede entenderse como un desequilibrio en las estrategias familiares para dar respuesta a las situaciones estresantes tanto familiares como individuales. Según la teoría de la Organización Sistémica, esto se presentó porque existió rigidez en las reglas y los roles, además porque no tuvieron claridad para establecer los límites, pues generalmente eran impuestos. Esto conduce a que sus integrantes busquen no cumplir las normas o a hacerlo de forma obligada, lo cual demuestra que en general no se sienten del todo a gusto.

Igualmente, se destacó que las familias participantes tuvieron dificultades en procesos como comunicación, respeto, permisividad o aceptación, frente a expresión de opiniones poco comunes, colaboración y flexibilidad para cambiar sin generar conflicto con sus valores. Según la Teoría de la Organización Sistémica (6), la familia debe actuar como un todo en la consecución de sus metas. No es viable que sus miembros vayan por diferen-

tes caminos; si bien cada integrante debe conservar su propio espacio, es fundamental que exista un equilibrio en el cual pueda interactuar con otros sistemas y crecer individualmente, sin alterar la morfogénesis familiar, vista como la fuerza evolutiva que influye sobre las familias mientras se adaptan a los cambios sociales (6). Para los adolescentes es positivo sentirse estimados, autónomos y respetados por sus familiares, son ellos la primera fuente de apoyo frente a la crisis que generan sus cambios corporales y psíquicos. Esto se conoce como *homeostasis*, entendido como las formas de reforzar los antiguos patrones de funcionamiento (27).

La *Individuación* para estas familias fue difícil, ya que sus integrantes se expresaron libremente con respecto a comportamientos individuales novedosos o poco comunes, lo cual condicionó la aceptación individual. Por su parte, el nivel *medio* de individuación pudo reflejar que sólo en ocasiones las familias favorecen el acercamiento de sus integrantes a otras entidades como amigos o compañeros de trabajo.

La *Coherencia* fue la segunda dimensión más puntuada en el nivel *bajo* y, al sumarlo con el nivel *medio*, alcanzó el 52%, lo que explicado a través de la Teoría de la Organización Sistémica (6) reflejó que en estas familias hay dificultades para mantener la unión familiar. Por esta razón, se deben trabajar acciones que les permitan a sus miembros sentirse cómodos y aceptados por todos sus integrantes, abrir canales de comunicación que contribuyan a conocer las expectativas y pensamientos de los adolescentes y ampliar los encuentros familiares para disfrutar momentos importantes. Esto favorece la búsqueda de identidad en la adolescencia, pues en sus comportamientos introducirá las expresiones de unión aprendidas en medio de su familia.

En cuanto al *Cambio del sistema*, los resultados muestran que las familias que presentaron un nivel *bajo* e *intermedio* tuvieron dificultades para aceptar cambios a través de la incorporación de nuevos valores, lo que a su vez les impidió modificar factores que pueden mejorar su estado de salud, sus relaciones internas, tomar decisiones conjuntas y elegir nuevas prioridades.

Se puede inferir que estas familias podrían introducir en sus rutinas acciones de flexibilidad al cambio y mejorar el proceso de comunicación entre sus miembros. Herrera (1997) afirma que "Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros" (27).

La puntuación alta obtenida para el *Mantenimiento del sistema* significa que estas familias lucharon por proveer

a sus integrantes las condiciones necesarias para su supervivencia y desarrollo, lo que los hizo sentirse seguros. Es posible encontrar miembros que disientan frente a la manera de tomar decisiones, con lo cual se hace necesario modificar y ajustar el método para hacerlo, de forma que les permita a los integrantes participar en las discusiones familiares.

En la familia con adolescentes, la comunicación ofrece un medio para solucionar problemas y encontrar salidas favorables. Así lo concluye el estudio realizado por Musitu y colaboradores, con 431 adolescentes de una comunidad valenciana, en la que se analizaron las relaciones existentes entre la conducta delictiva, las características del sistema familiar y el apoyo social percibido. Uno de los hallazgos fue que "La variable familiar que explicaba un porcentaje significativo de la varianza en la conducta delictiva era los problemas de comunicación" (28). Esto quiere decir que cuando los adolescentes reciben mensajes de contenido negativo, críticas y mensajes de doble significado de parte de sus familias, tienden a asumir conductas delictivas.

La primera meta que tuvo mayor frecuencia de puntuación en un nivel *bajo* y segundo lugar en un nivel *medio* fue la *Espiritualidad*. Se infiere que estas familias no tienen claramente establecidas las fuentes de apoyo externo: instituciones educativas, lugares de trabajo, amigos, que podrían ser útiles a la hora de afrontar una crisis familiar o individual. Los seres humanos hacen de la espiritualidad su forma de luchar contra la impotencia o la imposibilidad para realizar sus sueños.

El mayor predominio de respuestas en nivel intermedio para *Crecimiento* indicó que estas familias tienen creencias y actitudes que afectan la incorporación de cambios en la vida familiar aún por encima de la necesidad de integrarlos, lo que supone problemas en la comunicación y en el uso de estrategias para superar situaciones difíciles. Las familias con adolescentes tienen la tarea de apoyar las labores propias de la adolescencia, como favorecer la adaptación de los cambios corporales, permitir el establecimiento de relaciones sociales y cierta independencia de los padres, aprender a manejar el dinero y desarrollar un sentido de identidad satisfactorio.

La proporción de respuestas obtenidas para *Control* en un nivel *intermedio* fue relevante, de lo cual se concluye que estas familias ejercen algunas estrategias de control para analizar la información y admitir cambios deseables en su funcionamiento. Existió temor frente a la introducción de cambios y en ocasiones pudieron sentirse inseguros cuando recibieron apoyo de parte de sus amigos y familiares.

Las familias participantes de esta investigación consideraron que su *alto* nivel de *Estabilidad* les da la seguridad

que les permite transformarse y crecer como sistema, mediante la conservación de los valores básicos y la atención de las necesidades físicas. A pesar de considerar que tienen un *alto* nivel de estabilidad, es importante recalcar que las relaciones interpersonales e intrafamiliares enseñan a los adolescentes a interactuar con los demás, buscar ayuda, aceptar eventos diferentes y comprenderlos, pero también a buscar su propio bienestar intentado lo mejor para sí mismos. Al comparar la frecuencia de las respuestas entre hijos y padres o tutores, se observó que las proporciones de respuesta principalmente en niveles *bajos* y *medios* fueron similares. Hubo una leve diferencia en un nivel *alto*, puesto que un 2,7% los padres percibieron más que los adolescentes este nivel.

Asociando estadísticamente los puntajes de funcionalidad familiar global de padres o tutores con sus hijos participantes en esta investigación, no hubo diferencias significativas entre las opiniones de unos y otros. En cuanto a las dimensiones y las metas, sucedió igual que con el puntaje global: se halló un Coeficiente de Spearman diferente de 0 y un valor de *p* significativo, de lo cual se concluye que hubo concordancia entre las percepciones de padres o tutores y sus hijos.

Lo anterior llama la atención porque generalmente hay discrepancia entre las opiniones de adolescentes y padres, generando incomunicación y aislamiento. Por otra parte, se esperaría que los adolescentes no tuvieran una visión positiva frente al funcionamiento de sus familias, dado que se pueden sentir incomprendidos, mientras que los padres suelen afirmar que todo en su medio familiar funciona adecuadamente porque cumplen con sus responsabilidades.

Conclusiones

- La familia prevaleciente fue la nuclear, seguida de la nuclear modificada, siendo interesante porque en estas familias la funcionalidad familiar está en su mayoría en nivel *bajo*. Esto sugiere la necesidad de profundizar en el conocimiento y en la intervención de aspectos que deterioran el funcionamiento familiar y potenciar esta característica propia de la familia nuclear.
- La mayoría de las familias involucradas en esta investigación no atendieron las demandas de sus integrantes y las del medio en el que se desenvuelven y las del medio que les rodea, generando insatisfacción con la forma como funciona su familia y llevando a experimentar a causa de ello comportamientos y acciones de influencia negativa en la unión familiar.

Referencias

- (1) García GM, Landeros EO, Arrijo GM, Pérez AM. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2007;15(1):21-26.
- (2) Macías MA, Madariaga CO, Valle MA, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol Caribe* [revista en Internet]. 2013 jun [acceso: 27 nov 2014];30(1):123-145. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007&lng=en&lng=es
- (3) Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar y USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Printex Impresores; 2011.
- (4) Gobernación del Huila. Secretaría de Salud Departamental. Perfil epidemiológico Huila 2010. Neiva: Secretaría de Salud Departamental [informe en Internet]. 2010 [acceso: 15 mar 2012]. Disponible en: www.huila.gov.co
- (5) Gobernación del Huila. Secretaría de Salud Municipal. Perfil epidemiológico Neiva 2010. Neiva: Secretaría de Salud Municipal; 2011.
- (6) Friedemann ML. The framework of systemic organization. In: Friedemann ML, editor. *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing.* Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1995. pp. 1-32.
- (7) Friedemann ML. Effects of ALANON attendance on family perception of inner-city indigents. *Am J Drug Alcohol Abuse* [serial on the Internet]. 1996 Feb [access: 2012 Feb 22]. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00952999609001649>
- (8) Friedemann ML. Teoría de organización sistémica: investigación y práctica en enfermería. *Universalud.* 2012;2:55-59.
- (9) Leal RC, Reyes PC. Determinación de la confiabilidad del instrumento de efectividad familiar. *Av Enferm.* 2011;29(1):109-119.
- (10) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se

establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [norma en Internet]. 04//10/1993 [acceso: 15 may 2012]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-af4374bb7.pdf

(11) Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF: GEN 21. Bogotá: Unibiblios; 2004.

(12) Via JA. Algunas reflexiones sobre la familia actual [artículo en Internet]. *Psicología Online*. 2008 jun [acceso: 10 ago 2013];2008:[aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/06/reflexiones_familiar.shtml

(13) Duvall E. Etapas del ciclo vital familiar. En: Florenzano RU, Barna R, editores. *Salud familiar*. Santiago de Chile: Editorial Corporación de Promoción Universitaria; 1986. pp. 76-79.

(14) García AR, Martínez CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av Enferm*. 2011;29(1):75-86.

(15) Zavala MR, Ríos MC, García GM, Rodríguez CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichán*. 2009;9(3):257-270.

(16) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estudios postcensales 7: proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Bogotá: DANE; 2011.

(17) Erikson EH. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 2000.

(18) Gómez EM, Cogollo Z. Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(1):61-70.

(19) Observatorio de Coyuntura Socioeconómica. *La familia colombiana: ¿crisis o renovación?* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo; 2001.

(20) Criado ML, Rubiano YM. Efectividad de la funcionalidad en las familias con adolescentes de primer semestre de la Fundación Universitaria San Gil. *Av Enferm*. 2009;27(2):71-81.

(21) González CM, Criado ML, Araque JC, Cala OX, Hernández BS, Jiménez MN *et al*. Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. *Rev Univ Ind Santander Salud* [revista en Internet]. 2011 abr; [acceso: 29 dic 2013];43(1):33-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100006&lng=en

(22) Bolaño DC, Cortina JG, Vargas SC. Funcionalidad familiar en niños con dificultades en el aprendizaje escolar en dos instituciones educativas públicas del municipio de Sincelejo. *REVISALUD Unisucre*. 2013;1(1):3-10.

(23) Criado ML, Silva NA, Torres GE, Báez LJ, Estévez LV, Müller SC. Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. *Rev Univ Ind Santander Salud* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 12 dic 2013];43(1):63-69. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100010&lng=en

(24) Galán EF. Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en el municipio de Paipa. *Av Enferm*. 2010;28(1):72-82.

(25) Osorno MM. Funcionalidad en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de Sincelejo, Colombia. *Cura-re*. 2014 jun;1(1):27-33.

(26) Santos AL, Pollyanna MC, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto Contexto Enferm* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 11 dic 2012];21(4):879-886. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>

(27) Herrera PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet]. 1997 [acceso: 27 sep 2007];13(6):591-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso

(28) Jiménez TI, Musitu GO, Murgui SP. Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anu Psicol*. 2005 sep;36(2):181-195.

CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la UCI

**CEI-UTI: instrumento
para avaliar
os cuidados de
enfermagem
individualizados
no adulto na UTI**

CEI-ICU:
an instrument
for evaluating
individualized
nursing care
adult in ICU

• Ángela María Henao Castaño¹ • María Consuelo del Pilar Amaya Rey² •

• **1** • Doctora en Enfermería. Magíster en Educación. Bogotá, Colombia. e-mail: angmhe-naocas@unal.edu.co

• **2** • Doctora en Filosofía. Profesora Titular Emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 01/06/2013 Aprobado: 15/12/2014

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.38310>



Resumen

El propósito de este estudio fue diseñar el instrumento Cuidado de Enfermería Individualizado en Unidad de Cuidado Intensivo (CEI-UCI) para identificar las intervenciones de cuidado de enfermería individualizado en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la UCI.

Metodología: Estudio psicométrico, exploratorio-observacional, con $n = 156$ enfermeras que laboraban en la UCI con pacientes adultos en ventilación mecánica. Se diseñaron un total de 85 ítems para iniciar las pruebas. Para la validez facial se utilizó la *V. Aiken* por encima de 0,70. Para la validez de contenido se realizó el cálculo de Lawshe Modificado igual o mayor a de 0,58. La validez de constructo se obtuvo por medio del análisis factorial con ocho dominios NANDA. La confiabilidad se reportó con test-retest para los días 1, 2 y 3 de estadía de los pacientes en UCI.

Resultados: El CEI-UCI presentó una validez facial con rangos entre 0,75-0,82, con un CVI con rangos entre 0,58-0,90. La validez de constructo se confirmó con una varianza total explicada del 73% para cuatro factores. La confiabilidad por el test-retest entre los tres primeros días de aplicado el instrumento se presentó con un rango de 0,662 a 1,00.

Conclusiones: El instrumento CEI-UCI posee 53 ítems y seis dimensiones con validez facial, aparente y consistencia interna. La validez de constructo derivada del análisis factorial de cuatro factores se denominaron *Dimensiones*, a saber: F1, *Protección y seguridad* (17 ítems); F2, *Interacción fisiológica y social* (3 ítems); F3, *Roles y conexiones sociales* (13 ítems); y F4, *Autopercepción y nutrición* (11 ítems). Además, hubo dos dimensiones permanentes y centinelas: *Perceptual-Cognitivo* y el de *Confort*.

Descriptores: Psicometría; Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería; Ventilación Mecánica (fuente: DECS BIREME).

Resumo

O objetivo deste estudo foi construir o instrumento Cuidado de Enfermagem Individualizado em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (CEI-UCI) para identificar intervenções de cuidados de enfermagem individualizados em pacientes adultos com ventilação mecânica invasiva na UTI.

Metodologia: Estudo psicométrico, exploratório-observacional, com $n = 156$ enfermeiras que trabalham em UTI com pacientes em ventilação mecânica: foram desenvolvidos um total de 85 itens para começar os testes. Para a validade facial foi utilizada a *V. de Aiken* acima de 0,70. Para a validade de conteúdo foi utilizado o cálculo estatístico de Lawshe Modificado acima de 0,58. A validade de construto foi realizada por meio de análise fatorial com oito dos dez domínios NANDA. A confiabilidade se deu por meio do teste-reteste para os dias 1, 2 e 3 de permanência dos pacientes na UTI.

Resultados: A CEI-UTI apresentou validade facial que variou entre 0,75-0,82, com CVI entre 0,58-0,90. Quanto à validade de construto confirmou variância total explicada de 73% para os quatro fatores. A confiabilidade por meio do teste-reteste entre os três primeiros dias de aplicação do instrumento variou de 0,662 a 1,00.

Conclusões: O instrumento CEI-UCI tem 53 itens, seis dimensões com validade de face, e da consistência interna aparente. A validade de construto derivado da análise fatorial de quatro fatores que são chamados *Dimensões*: F1, *Proteção e segurança* (17 itens); F2, *Interação fisiológica e social* (3 itens); F3, *Roles e conexões sociais* (13 itens) e F4, *Auto-percepção e nutrição* (11 itens). Há também duas dimensões permanentes e sentinelas: *Percepção e de Cognição e Conforto*.

Descritores: Psicometria; Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Ventilação Mecânica (fonte: DECS BIREME).

Abstract

The proposal of this study was to design an instrument of individualized nursing care in intensive care unit (CEI-UCI) so as to characterize the interventions of care, in adults with artificial respiration at risk of delirium in UCI.

Methodology: Observational exploration with 156 nurses working in UCI with adult patients under artificial respiration. A total of 85 items are identified so as to initiate the test. For facial validation, it requires an *Aiken index* above 0,70. For the content validity, a modified Lawshe equal or superior to 0,58 was calculated. For the construct validation, a factorial analysis with eight NANDA domains was used.

Results: The instrument CEI-UCI had facial validity between 0,75 and 0,82 and CVI between 0,58 and 0,90. The construct validity was confirmed by a total variance of the 73% for four factors. The reliability by means of test-retest among the first three days in UCI came with a range from 0,662 to 1,00.

Conclusions: The psychometric instrument CEI-UCI has obvious facial validity, content validity and constructs validity. This is supported by the factorial analysis showing multi-dimensionality with four factors: F1, *Protection and security* (17 items); F2, *Physiological and social interactions* (3 items); F3, *Roles and social connections* (13 items) and F4, *Self-perceptions and nutrition* (11 items). Furthermore, there were united permanent domains: the *Perceptual-Cognitive* and the *Comfort* with items derived from care rather than the factorial analysis. The product was the instrument CEI-UCI with 53 items for adults under artificial respiration and monitored for delirium using acceptable psychometric tests.

Descriptors: Psychometrics; Intensive Care; Nursing Care; Respiration, Artificial (source: DECS BIREME).

Introducción

Una condición de salud crítica en adultos exige la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (uci) para el control y el monitoreo de las variables fisiológicas y cognitivas de los pacientes que allí se internan. Desde la valoración cognitiva y los cuidados de un paciente en ventilación mecánica (1, 2, 3), el personal de enfermería debe estar al tanto de los factores de riesgo para la presencia de *delirium* de los pacientes que se encuentran hospitalizados mediante valoración objetiva con herramientas válidas y confiables (4).

Por lo anterior, se hace necesaria la valoración objetiva y el trabajo de un grupo interdisciplinario donde la enfermería sea indispensable (5, 6). Las enfermeras se capacitan para cuidar pacientes críticos de manera holística, a través de la implementación del proceso de cuidado de enfermería, en el que la valoración de enfermería constituye el primer eslabón. Según la definición de la NANDA, los dominios son una esfera de actividad, estudio o interés. Las intervenciones son todo tratamiento, basado en el conocimiento y en el juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Así pues, las intervenciones en enfermería también se pueden hacer por dominios.

La complejidad del paciente que ingresa en la uci requiere que la enfermera posea competencias múltiples clínico-técnico-científicas y profesionales, entendidas por Ääri (7) como “La capacidad de realizar la tarea con resultados deseables en el marco de diversas circunstancias de la vida real”. Para Dunn (2), la competencia requiere de habilidades intelectuales, psicomotoras y destrezas en la solución acertada de problemas clínicos (8).

Para Minotas, Vélez y Delgado (9), la enfermera que labora en la uci debe tener un perfil de actualización permanente, acorde a la complejidad de la atención que se proporciona y a los avances del área. Así, la exigencia para la enfermera de hoy y para el futuro debe tener las siguientes cualidades: conocimientos de enfermería desde lo técnico-científico-clínico para la docencia y la investigación, iniciativa, creatividad, habilidades, destrezas, liderazgo, motivación, equilibrio emocional, responsabilidad humana y ética, los cuales devienen en la *multidimensionalidad* de los cuidados basados en la evaluación objetiva para el paciente en uci (10).

La valoración de las variables fisiológicas es una de las prioridades en la Unidad de Cuidado Intensivo adulto. Según Roberts y Rickard (11), la integridad y la recuperación cognitiva de los pacientes de la uci son probablemente tan importantes como la rehabilitación de los

aspectos físicos. Además, para el paciente y la familia prima que la capacidad mental permanezca intacta y así lo cognitivo sea catalogado por ellos como *lo más importante*. Para el cuidado holístico, cada esfuerzo debe ser hecho para remediar en el paciente con ventilación mecánica y la familia los efectos psicológicos negativos de la uci (12), especialmente los recuerdos: la presencia de *delirium*, los procedimientos traumáticos y los asuntos relacionados con la comodidad, el dolor y el estrés causado por el equipo de salud.

El personal de enfermería se encuentra de primera mano para proporcionar el apoyo durante la permanencia del paciente en la uci, comunicando las explicaciones de los procedimientos a realizar y garantizando, sin exceso de sedación, el alivio adecuado del dolor. También debe tratar los factores que inquietan la familia, relacionados con la evolución del paciente —diagnóstico, tratamiento y limitaciones.

El propósito de construir el instrumento CEI-UCI en pacientes despiertos con ventilación mecánica surge de la revisión de la literatura y la observación sistemática de las acciones de enfermería por las dimensiones propuestas por Heather (13). Éstas se conjugan con la inmersión en la uci de una clínica de la ciudad de Bogotá y de Cali en la cual se llevó a cabo la monitorización del *delirium* y se realizó la observación del cuidado de enfermería con pacientes sedados y despiertos con ventilación mecánica.

Concepto central para el instrumento

El *Cuidado de Enfermería Individualizado* adultos (CEI) es una modalidad de presentación de servicios de enfermería en una relación de 1 a 1 o de 1 a 2, que tiene en cuenta los aspectos psicoemocionales de la vida personal, los estadios clínicos y las preferencias del paciente, cuyo fin es promover el intercambio y la participación del paciente en la toma de decisiones (14).

Para que la atención de enfermería se califique como individualizada, la enfermera debe ajustar sus intervenciones a cada paciente, permitiendo que éste pueda expresar su individualidad durante la interacción enfermera-paciente (15). La atención individualizada reconoce la singularidad de la persona y la importancia de proporcionar la atención que está diseñada para satisfacer las necesidades particulares por la misma enfermera (16).

En la búsqueda por identificar y hacer evidente cada una de las intervenciones del personal de enfermería con el paciente en la uci, se hizo necesaria la creación de un instrumento que permitiera identificar un gran número de intervenciones de enfermería relacionadas con la suplencia de las necesidades fisiológicas y cognitivas de los pacientes. En consecuencia, se con-

cibió de una manera personalizada el instrumento de Cuidado de Enfermería Individualizado (CEI-UCI) dentro de los dominios de enfermería propuestos por la NANDA 2009-2011:

- Dominio 2: Nutricional/Metabólico.
- Dominio 3: Eliminación.
- Dominio 4: Actividad.
- Dominio 5: Percepción/Cognición.
- Dominio 6: Autoconciencia.
- Dominio 7: Rol/Relaciones.
- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
- Dominio 10: Principios vitales.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.
- Dominio 12: Confort.

En este instrumento los dominios 1 (*Promoción de la salud*) y 8 (*Sexualidad*) no se tuvieron en cuenta a partir de la recomendación de evaluación de expertos de enfermería, ya que no presentaban relevancia en los pacientes en la etapa crítica con ventilación mecánica en la UCI.

Metodología

Estudio exploratorio, observacional y psicométrico en el cual se elaboró el Instrumento de Intervenciones en el Cuidado de Enfermería Individualizado (17) (CEI-UCI Henao AM, Amaya MC), con Registro del Ministerio del Interior No. 10-364-147 para pacientes despiertos en ventilación mecánica. El instrumento se construyó en cuatro fases:

- **Fase uno**, de observación sistemática de todas las actividades de cuidado de enfermería realizadas en el paciente despierto en ventilación mecánica en la UCI en los turnos de trabajo de la mañana, tarde y noche, conjugada con una revisión teórica de cada intervención identificada.
- **Fase dos**, en la cual las intervenciones de cuidado identificadas en la observación fueron ubicadas dentro de los dominios de enfermería propuestos por la NANDA 2009-2011 (13) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (18).

- **Fase tres**, en la cual se determinó la validez de contenido y facial mediante la consulta a cuatro expertas que evaluaron el instrumento en cuanto a su pertinencia y relevancia.
- **Fase cuatro**, en la que se elaboró el instructivo del instrumento y se registró para posteriormente realizar la recolección de la información que permitiera realizar la validez de constructo.

Igualmente, se contó con el aval tanto del comité de ética de las dos clínicas en las cuales se recolectó la información como de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. A continuación se amplía cada una de las fases descritas anteriormente:

Fase 1. Procedimiento de observación: se recolectó información de 156 enfermeras que proporcionaron el cuidado individualizado a 156 pacientes en ventilación mecánica sedados ($n = 117$) y no sedados ($n = 39$) en dos clínicas de Colombia por medio de un registro diligenciado por la enfermera investigadora principal. Las enfermeras fueron invitadas a participar en el estudio contando con el apoyo de todo el personal. La enfermera verificó qué tipo de comportamiento presentaron los pacientes y qué tipo de actividades de cuidado se encontraron presentes durante la hospitalización de los pacientes despiertos en ventilación mecánica en la UCI, poniendo especial atención en los aspectos de valoración cognitiva. Cada uno de los registros individuales de las actividades de cuidado se mantuvo durante los días de ventilación mecánica, los cuales oscilaron entre 3 y 7 días hasta la extubación de los pacientes participantes, para un promedio de 208 registros. Todos estos registros se consignaron como datos que fueron procesados en el software *spss* para su análisis.

Fase 2. Construcción y evaluación cualitativa de ítems: para efectuar la construcción del instrumento, se inició con la base teórica de los dominios de enfermería propuestos por la NANDA 2009-2011 como variables; como subdimensiones, las intervenciones de enfermería propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) se agruparon formando parte de cada dominio, para un total de 10 dominios con sus respectivas intervenciones.

Fase 3. Validez: el siguiente paso fue validar en el instrumento presente los atributos que hacen que éste sea importante y útil (19, 20). Las validaciones que se llevaron a cabo fueron (21, 22) la validez de contenido y la validez facial de cada uno de los dominios:

- **Validez de Contenido:** se contó con cuatro enfermeras expertas en el cuidado de pacientes en UCI adulto con experiencia laboral y trayectoria

Tabla 1. Intervenciones de enfermería en el paciente despierto en ventilación mecánica en la UCI

Dimensión	Intervenciones Cuidado de Enfermería Individualizado	Día						
		1	2	3	4	5	6	7
Dimensión 1. Principios vitales (3) Seguridad/ Protección (9) Eliminación (5)	1. Apoyo en la toma de decisiones del paciente y la familia.							
	2. Apoyo religioso.							
	3. Escucha activa/comunicación.							
	4. Prevención de caídas.							
	5. Cuidado de la piel.							
	6. Uso de la técnica aséptica en los procedimientos de enfermería.							
	7. Curación de herida/estoma.							
	8. Administración de medicamentos.							
	9. Control de drenaje torácico/otros drenajes.							
	10. Aspiración de secreciones en la vía aérea.							
	11. Control en la inmovilización.							
	12. Regulación de temperatura.							
	13. Control de drenajes (fístula-SNG).							
	14. Cambio de sonda según protocolo.							
	15. Aseo genital/catéter urinario.							
	16. Fijación de sonda vesical.							
	17. Balance de líquidos administrados/eliminados.							
Dimensión 2. Rol/ Relaciones (3)	1. Grupo de apoyo: familia/espiritual/otros.							
	2. Posibilidad de expresión de sentimientos.							
	3. Posibilidad de visitas.							
Dimensión 3. Auto percepción (4) Nutrición (7)	1. Fortalecimiento de la autoestima.							
	2. Fomento de la independencia.							
	3. Posibilidad de participación familiar en el cuidado.							
	4. Enseñanza procedimiento/tratamiento.							
	5. Vigilancia y valoración por nutrición.							
	6. Medición e infusión del residuo gástrico.							
	7. Limpieza del punto de inserción del catéter central.							
	8. Seguimiento de la tolerancia a la alimentación.							
	9. Limpieza del punto de inserción de la sonda gastrointestinal							
	10. Colocación de sonda orogástrica.							
	11. Administración de medicación por sonda.							
Dimensión 4. Actividad (4) Afrontamiento/ Tolerancia al estrés (9)	1. Colocación en posición <i>semi-fowler</i> .							
	2. Fomento del sueño.							
	3. Fomento de ejercicios pasivos.							

Dimensión	Intervenciones Cuidado de Enfermería Individualizado	Día							
		1	2	3	4	5	6	7	
	4. Control del dolor.								
	5. Monitoreo respiratorio del paciente con ventilación mecánica.								
	6. Monitoreo hemodinámico EKG-S vitales.								
	7. Uso de los sistemas de apoyo (psicología).								
	8. Identificación de la ansiedad en el paciente.								
	9. Realización de estrategias lúdicas, música, tv, escritura, etc.								
	10. Discusión de la experiencia emocional con el paciente.								
	11. Administración de analgésicos.								
	12. Aseo de boca y región peribucal.								
	13. Realización del baño según valoración (condiciones del paciente).								
	Dimensión 5. Confort (4)	1. Realización de actividades que promuevan la adaptación del entorno.							
		2. Realización de cambios de posición.							
		3. Mantenimiento de un ambiente de seguridad.							
4. Orientación en la realidad.									
Dimensión 6. Percepción/ Cognición (5)	1. Estimulación cognitiva al paciente.								
	2. Fomento de la comunicación clara y abierta.								
	3. Vigilancia del estado cognitivo.								
	4. Interpretación de la comunicación no verbal.								
	5. Identificación de los factores etiológicos que causan <i>delirium</i> .								

Fuente: Datos de la investigación.

académica en la Universidad Nacional de Colombia. El acuerdo de los jueces se determinó con la validez de contenido modificado de Lawshe (23) sobre la validez de contenido de un instrumento, evaluando aspectos del ítem como *esencial, útil pero no esencial y no necesario*, cuya puntuación aceptable debía ser un mínimo de 0,58.

- **Validez facial:** se contó con expertos en el área de cuidado a pacientes en cuidado intensivo adulto que evaluaron la *suficiencia, la coherencia, la relevancia y la claridad* de los ítems, los cuales fueron evaluados con el índice para usuario de *V. de Aiken* (24). Esta prueba identifica la relevancia del ítem respecto a un dominio de contenido en n jueces, cuya magnitud va desde 0,00 hasta 1,00; el valor 1,00 es la mayor magnitud posible que indica un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados con un mínimo de 0,70. La escala de pun-

tuación del instrumento (CEI-UCI) fue de 1 = *presencia* de la intervención de enfermería en el paciente despierto en ventilación mecánica en la UCI y 0 = *ausencia* de la intervención de enfermería en el paciente despierto en ventilación mecánica en la UCI.

- **Validez de constructo:** se realizó a partir de la prueba de κ_{MO} y esfericidad de Bartlett. La medida de adecuación muestral κ_{MO} (Kaiser-Meyer-Olkin) contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas. Si se obtienen valores bajos con el índice κ_{MO} , entonces indica que las correlaciones entre pares de variables no pueden ser explicadas por las otras variables y por lo tanto no es factible llevar a cabo el análisis factorial, ya que el índice κ_{MO} se alejará de cero. La κ_{MO} demostró la pertinencia de los datos para realizar el análisis factorial, pues una κ_{MO} baja ($r < 0,5$) indica que la correlación entre las variables es pequeña y por lo tanto el análisis fac-

torial no sería práctico. Una $\kappa_{mo} > 0,5$ indicativa de existencia de suficiente correlación que permite la utilidad de un análisis factorial sería apropiada.

La prueba de esfericidad de Bartlett contrasta la hipótesis nula de que la matriz de correlación es una matriz de identidad, en cuyo caso no existirían correlaciones significativas entre las variables y el modelo factorial no sería pertinente. Por lo tanto, tiene sentido un análisis factorial si se puede rechazar la hipótesis nula, lo cual nos indica que existe correlación entre variables (25).

Una vez realizadas las pruebas de verificación de constructo, se procedió a la confiabilidad sostenida por medio del test-retest utilizando las bases de información entre los días 1 a 2 y 1 a 3 de la estancia en uci.

Resultados

Validez de contenido y facial: en la fase tres, una vez calibrado el instrumento (CEI-UCI) por validez de contenido y validez facial de un total de 85 ítems en el instrumento inicial, se descartaron 32. En este instrumento los dominios de la NANDA 1 (*Promoción de la salud*) y 8 (*Sexualidad*) no se tuvieron en cuenta, ya que no presentaban relevancia en los pacientes con enfermedad crítica y despiertos con ventilación mecánica en la uci.

Validez de Constructo: Instrumento

Los dominios *Percepción/Cognición* y *Confort* recibieron acciones de enfermería permanente y siempre fueron considerados como presentes en un 100% de los pacientes despiertos y sedados en ventilación mecánica estudiado durante los siete días de hospitalización en la uci. Los ítems relacionados con el dominio *Nutrición* estuvieron presentes en un 64%, *Eliminación por sonda vesical*, en un 53% y *Actividad*, en un 73%, presentes con mayor frecuencia hacia el quinto día de estancia; el dominio *Principios vitales*, en un 62% y *Autopercepción* con predominio en el cuarto día.

El resto de dominios: *Rol/Relaciones*, *Afrontamiento/Tolerancia al estrés*, *Seguridad y Protección* recibieron intervenciones igual o inferior a tres días. De esta manera, el aspecto cognitivo y de confort, al ser llevado de manera permanente durante la hospitalización de los pacientes en el cuidado de enfermería, no se incluyó como parte del insumo para correr el análisis factorial por no presentar variabilidad. Por lo tanto, se incluyeron dentro del análisis factorial los ocho dominios restantes, para lo cual se obtuvieron los resultados incluidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Prueba de κ_{mo} y esfericidad test de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (κ_{mo})		,467
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	231,655
	Gl	28
	Sig.	,000

Fuente: Datos de la investigación.

El valor κ_{mo} obtenido (0,467 se aproxima a 0,5) y el nivel de significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett (0,000) permiten rechazar la hipótesis nula —no hubo correlaciones entre los dominios— y asegurar que el análisis factorial realizado explica los datos. El análisis factorial se realizó con base en la matriz de correlaciones, utilizando la extracción por componentes principales, y se interpretaron las cargas factoriales mayores a 0,4 en valor absoluto.

La *comunalidad* representa la proporción de la varianza que puede explicarse por el modelo factorial obtenido, las *comunalidades* asignadas inicialmente a las variables (inicial) y las *comunalidades* reproducidas por la solución factorial (extracción). La *comunalidad* puede oscilar entre 0 y 1; 0 indica que los factores explican poco de la variable y 1 que explican el 100% de la variabilidad de los factores. El resultado de las *comunalidades* de ocho dominios es de 1, es decir: explican el 100% de la variabilidad de los factores.

Como los análisis se basan en la varianza y en dos de los dominios *Percepción/Cognición* (5 ítems), *Confort* (4 ítems), no se incluyeron por estar presentes de manera permanente en el 100% de los pacientes. No existe información que pueda ser analizada en términos estadísticos en una matriz de componentes rotados, ya que esos dos dominios no presentan variabilidad, pero clínicamente la información es importante, pues nos permitió identificar que el personal de enfermería en la uci sí realizaba actividades de enfermería que influyeran en los aspectos cognitivos de los pacientes y de confort. Así, estos dos dominios no formaron parte de los dos factores finales (ver Tabla 3).

Debido a que los dominios *Percepción/Cognición* y *Confort* recibieron acciones de enfermería permanente y siempre fueron considerados como presentes en un 100% de los pacientes despiertos, formaron parte del cuidado de enfermería individualizado de una manera constante en los pacientes con ventilación mecánica en la uci.

Por lo tanto, las necesidades fisiológicas de eliminación, nutrición y actividad se encontraron presentes en tres de los cuatro factores y las intervenciones de enferme-

Tabla 3. Estructura factorial de los dominios

	Componente			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Eliminación	,867			
Seguridad	,802			
Principios vitales	,604			
Rol		,834		
Autopercepción			,803	
Nutrición			,772	
Actividad				,836
Afrontamiento				,602

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: normalización *Varimax* con Kaiser. La rotación convergió en 8 iteraciones (dominios).

Fuente: Datos de la investigación.

ría encaminadas a que el paciente afrontara el proceso de enfermedad en la UCI se encontraron agrupadas en el segundo factor con el dominio *Rol*. Los cuatro factores están conformados por las siguientes dimensiones:

- Dimensión 1. Principios vitales, Seguridad y Eliminación.
- Dimensión 2. Rol.
- Dimensión 3. Autopercepción y Nutrición.
- Dimensión 4. Actividad y Formas de afrontamiento.
- Dimensión 5: Percepción/Cognición.
- Dimensión 6: Confort.

La estructura que emergió de la estimación de la validez de constructo por medio del análisis factorial confirmatorio con cuatro de las seis dimensiones indicó una multidimensionalidad de intervenciones de cuidado para los pacientes en ventilación mecánica en la UCI despiertos y sedados, haciendo notorio cómo los aspectos fisiológicos van de la mano de los psicosociales.

Estimación de la confiabilidad

El test-retest fue utilizado para la consistencia interna del instrumento, lo que se conoce como *coeficiente de*

estabilidad, y se calculó correlacionando los datos obtenidos en dos aplicaciones del instrumento entre los días 1-2, 1-3 y 2-3 posingreso a la UCI (25).

En la Tabla 4 se muestran las estimaciones de confiabilidad por test-retest en los primeros tres días de hospitalización de los pacientes despiertos y sedados con ventilación mecánica en la UCI. Se hicieron las correlaciones del test-retest por cada dominio, ya que el cuidado de enfermería es multidimensional y existe independencia en cada uno de los dominios. Se observó la consistencia de las intervenciones entre los días 1-2, 2-3 y 1-3. Este procedimiento se facilitó porque la medición se hizo durante los días de estancia del paciente de manera consecutiva usando el instrumento construido (CEI-UCI).

La dimensión *Nutrición* se presentó con una marcada diferencia en las intervenciones de enfermería realizadas en los días 1-2, 2-3 y 1-3 de una manera negativa. Este resultado se encuentra asociado al estado de salud crítico del paciente, en especial a los pacientes quirúrgicos en los días 1 y 2. La nutrición enteral no es la prioridad y en algunos casos es remplazada por la nutrición parenteral y es en el día 3 cuando las intervenciones de nutrición enteral cobran importancia en el cuidado del paciente en la UCI.

Para las dimensiones *Eliminación*, *Actividad*, *Autopercepción*, *Rol*, *Afrontamiento* y *Principios vitales* fue mínima la diferencia en el resultado obtenido con relación a la variabilidad entre los días que se tuvieron en cuenta para el test-retest.

Tabla 4. Estimaciones de confiabilidad por estabilidad (test-retest)

	Día 1 - día 2	Día 2 - día 3	Día 1 - día 3
Nutrición	-0,916	-0,120	-0,220
Eliminación	0,991	0,961	0,952
Actividad	0,745	1,000	0,662
Autopercepción	0,994	1,000	0,993
Rol	1,000	1,000	1,000
Afrontamiento	1,000	1,000	1,000
Principios vitales	0,965	1,000	0,963
Seguridad	1,000	1,000	0,963
Percepción	1,000	1,000	1,000
Confort	1,000	1,000	1,000

Fuente: Datos de la investigación.

Seguridad, Percepción y Confort fueron dimensiones que contaron con una correlación igual a 1, mientras que las otras dimensiones oscilaron entre 0,662 y 0,99. Las dimensiones en que la correlación fue 1 no fueron presentadas por el análisis factorial por no presentar variabilidad y por lo tanto no fue posible correr estadísticamente el análisis del factor.

Conclusiones

La creación del instrumento CEI-UCI para adultos aporta al conocimiento de evidencia para enfermería de las intervenciones de enfermería para pacientes con ventilación mecánica en la uci. La creación del instrumento de cuidado de enfermería individualizado para la uci (CEI-UCI) para pacientes en ventilación mecánica sedados y despiertos contó con validez aparente, de contenido, de constructo y de confiabilidad. De acuerdo a la factorial, se obtuvieron seis dimensiones: Dimensión 1: *Principios vitales, Seguridad y Eliminación*; Dimensión 2: *Rol*; Dimensión 3: *Autopercepción y Nutrición*; Dimensión 4: *Actividad y Formas de afrontamiento*; Dimensión 5: *Percepción/Cognición*; y Dimensión 6: *Confort*. Esto demostró la multidimensionalidad de los cuidados de enfermería.

En la práctica de instrumentos, el personal de enfermería realizó todas las actividades relacionadas con las dimensiones durante la estancia del paciente en la uci y utilizó el instrumento CEI-UCI para la vigilancia de la calidad del cuidado de enfermería integrado, haciendo uso de las dimensiones y permitiendo el desarrollo del lenguaje estandarizado de la enfermería.

No todas las actividades se repitieron de la misma manera todos los días, sino que hubo ocasiones en que algunos dominios y sus intervenciones se hicieron más notorios y necesarios. Con relación a la prevención, monitoreo y control del *delirium* de manera indirecta, se realizaron actividades de percepción y cognición, haciendo necesario que se analizaran las acciones de enfermería en función de los fenómenos que se prevenían, se controlaban y se vigilaban.

Las actividades propuestas desde la disciplina de enfermería en las uci consisten en que los profesionales de enfermería estén presentes las 24 horas del día y que sea el que, después de haber recibido el entrenamiento en monitorización del *delirium*, asuma el liderazgo y ejerza el empoderamiento para la prevención, el manejo y el control del *delirium* en las uci.

Recomendaciones

La utilidad del instrumento en el campo clínico le permite al personal de enfermería identificar las actividades que son realizadas de manera permanente a los pacientes, permitiendo generar datos que pueden ser útiles para la investigación en torno al cuidado de enfermería en pacientes en ventilación mecánica, como el soporte del recurso humano de enfermería en cada uno de los turnos.

Se recomienda que las enfermeras que sean expertas en la tecnología de la uci sean las primeras entrenadas en *delirium*, ya que, después de superar los temores de la tecnología, podrán asumir la responsabilidad para el cuidado cognitivo de los pacientes, no como un sobre-agregado, sino para completar el cuidado integral de enfermería.

Se hace necesario que se analicen las acciones de enfermería en función de la valoración cognitiva con el uso de herramientas objetivas que permitan un diagnóstico del *delirium* de una manera oportuna. La valoración cognitiva de los pacientes por medio de una herramienta validada como el CAM-ICU (26, 27) facilita la práctica de enfermería basada en evidencia, más allá de una serie de tareas manuales en la uci, y permite el empoderamiento de la enfermera en terapéutica no farmacológica, construyendo desde la prevención hasta el seguimiento y el control de los casos.

Referencias

- (1) Neto AS, Nassar AP Jr, Cardoso SO, Manetta JA, Pereira VG, Espósito DC *et al.* Delirium screening in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2012 Jun;40(6):1946-1951.
- (2) Van-Eijk MM, Slooter AJ. Delirium in intensive care unit patients. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2010 Jun;14(2):141-147.
- (3) Zaal IJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJ. A systematic review of risk factors for delirium in the icu. *Crit Care Med.* 2015 Jan;43(1):40-47.
- (4) Sona C. Assessing delirium in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse.* 2009 Apr;29(2):103-105.
- (5) Forsgren LM, Eriksson M. Delirium-awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish

- icu head nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010 Oct;26(5):296-303.
- (6) Nelson LS. Teaching staff nurses the CAM-icu for delirium screening. *Crit Care Nurs Q.* 2009;32(2):137-143.
- (7) Äari RL, Tarja S, Helena LK. Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008 Apr;24(2):78-89.
- (8) Hadjibalassi M, Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari H, Athini E, Georgiou E *et al.* Development of an instrument to determine competencies of postgraduate icu nurses in Cyprus. *Nur Crit Care.* 2012;17(5):255-264.
- (9) Minotas BE, Vélez ES, Delgado SE. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. En: Vélez HA, Rojas WM, Borrero JR, Gonzáles MA, Restrepo GM, editores. *Paciente en estado crítico.* 3ª ed. Medellín: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003. pp. 6-10.
- (10) Lucena AF, Gutiérrez MG, Echer IC, Barros AL. Intervenciones de enfermería utilizadas en la práctica clínica de una unidad de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(5):873-880.
- (11) Roberts BL, Rickard CM, Rajbhandari D, Reynolds P. Factual memories of icu: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during icu admission-a multicentre cohort study. *J Clin Nurs.* 2007 Sep;16(9):1669-1677.
- (12) Desai S, Chau T, George L. Intensive care unit delirium. *Crit Care Nurs Q.* 2013; 36(4):370-389.
- (13) NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011.* Barcelona: Elsevier; 2010.
- (14) Suhonen R, Gustaffsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino H. Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs.* 2010 May;66(5):1035-1046.
- (15) Suhonen R, Välimäki M, Leino H. A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs.* 2008 Apr;17(7):843-860.
- (16) Suhonen R, Schmidt LA, Radwin L. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *J Adv Nurs.* 2007 Jul;59(1):77-85.
- (17) Henao AM, Amaya MC. Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la uci: factores asociados y cuidado de enfermería [tesis doctoral en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013 [acceso: 16 jun 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10551/1/539640.2013.pdf>
- (18) McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE).* 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2002.
- (19) Campo AA, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública.* 2008;10(5):831-839.
- (20) Morgan GA, Gliner JA, Harmon RJ. Measurement validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Jun;40(6):729-731.
- (21) Nunnally JC, Bernstein IH. *Teoría psicométrica.* 3ª ed. México D. F.: Mc Graw Hill; 1995.
- (22) Lamprea JA, Gómez CR. Validez en la evaluación de escalas. *Rev Col Psiquiatr.* 2007;36(2):340-348.
- (23) Tristán AL. Modificación al modelo Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Av Med.* 2008;6(1):37-48.
- (24) Merino CS, Livia JS. Intervalos de confianza asimétricos para el índice de contenido: un programa Visual Basic para la V de Aiken. *An Psicol.* 2009;25(1):169-171.
- (25) Aiken LR. *Tests psicológicos y evaluación.* 11ª ed. México D. F.: Pearson Educación; 2003.
- (26) Khan BA, Guzmán O, Campbell NL, Walroth T, Tricker J, Hui SL *et al.* Comparison and agreement between the Richmond Agitation-Sedation Scale and the Riker Sedation-Agitation Scale in evaluating patients' eligibility for delirium assessment in the icu. *Chest.* 2012 Jul;142(1):48-54.
- (27) Devlin JW, Fong JJ, Schumaker G, O'Connor H, Ruthazer R, Garpestad E. Use of a validated delirium assessment tool improves the ability of physicians to identify delirium in medical intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 2007 Dec;35(12):2721-2724.

Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca

Relação entre o estado de saúde e risco de não-adesão ao tratamento em pacientes em reabilitação cardíaca

Relationship between health status and risk of non-adherence to treatment in patients in cardiac rehabilitation

• Diana Yelipza Hernández Galvis¹ •

•1• Magister en Enfermería. Docente, Universidad del Sinú-Elías Bechara Zainúm. Montería, Colombia. E-mail: dyhernandezg@gmail.com

Recibido: 29/01/2014 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>



Resumen

Objetivo: Describir el estado de salud de personas con enfermedad coronaria que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca en una institución especializada de Bogotá y su relación con el grado de riesgo de no adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Metodología: Estudio correlacional descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo. Para recoger los datos, se utilizó la tercera versión del *Instrumento que evalúa los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. Asimismo se usó una lista de chequeo de estados de salud, con base en las metas de prevención secundaria de la Asociación Americana del Corazón (1), los resultados de los estudios de Framingham y su modelo de predicción de riesgo (2-5) a una muestra de 260 pacientes adultos en rehabilitación cardíaca, durante los meses de septiembre de 2012 a abril de 2013.

Resultados: La mayoría de los sujetos fueron hombres entre los 45 y 66 años de edad, todos con alguna manifestación de enfermedad coronaria. Se obtuvo igualdad numérica entre los grupos, aunque en general se observaron buenos niveles de adherencia. Al analizar cada dimensión, se observó que la dimensión relacionada con el proveedor era la de mayor riesgo de no adherencia. A través del índice de relación de Pearson, se concluyó que no existe relación entre los estados de salud y riesgos de no adherencia a tratamientos, con un índice $r = 0,06961$.

Descriptor: Cooperación del Paciente; Rehabilitación; Isquemia Miocárdica (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Descrever o estado de saúde das pessoas com doença coronariana que frequentam um programa de reabilitação cardíaca em uma instituição de Bogotá e sua relação com o grau de risco de não adesão à tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

Metodologia: Estudo descritivo correlacional seção transversal prospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando o instrumento chamado *Instrumento que evalúa los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. Também foi utilizada (1) uma lista de verificação da United Health, com base em metas prevenção secundária da American Heart Association, com os resultados dos estudos Framingham e modelo de predição de risco (2-5) em uma amostra de 260 pacientes adultos em reabilitação cardíaca, durante os meses de setembro de 2012 a abril de 2013.

Resultados: A maioria dos pacientes eram homens entre 45 e 66 anos, todos com alguma manifestação de doença coronariana, a igualdade numérica entre os grupos foi obtida. Embora geralmente bons níveis de aderência são observados, analisando cada dimensão, observa-se que a relacionada com o provedor tem o maior risco de não adesão. Por meio da razão índice de Pearson observou-se que não há relação entre os estados da saúde e risco de não-adesão ao tratamento, com $r = 0,06961$ índice.

Descritores: Cooperação do Paciente; Reabilitação; Isquemia Miocárdica (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To describe health status of people with coronary disease who attend a cardiac rehabilitation program in an institution of Bogotá and its relation to the degree of risk of non-adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments.

Methodology: Descriptive correlational quantitative approach prospective cross-section study using the instrument called *Instrumento que evalúa los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. Furthermore a checklist of United Health, based on goals secondary prevention of the American Heart Association was used (1), whit results of studies Framingham and risk prediction model (2-5) in a sample of 260 adult patients in cardiac rehabilitation, during months September 2012 to April 2013.

Results: The majority of subjects were men between 45 and 66 years old, all of them with some manifestation of coronary disease; numerical equality between groups was obtained. Although generally good grip levels are observed, analyzing each dimension it was observed that dimension related to the provider had the highest risk of non-adherence. Through the index ratio Pearson was observed that there is no relationship between states health and risk of non-adherence to treatment, with $r = 0,06961$ index.

Descriptors: Patient Compliance; Rehabilitation; Myocardial Ischemia (source: DECS BIREME).

Introducción

Según el último informe sobre la situación mundial de enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud (oms), las enfermedades cardiovasculares fueron la causa de 17,3 millones de muertes en el mundo, es decir: del 30% de las muertes registradas a nivel mundial. De ellas, 7,3 millones fueron por causa de enfermedad coronaria, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad. La presencia de comportamientos de riesgo cardiovascular elevan las cifras de mortalidad por enfermedades no transmisibles: factores como tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, hipertensión arterial, obesidad e hipercolesterolemia lo demuestran (6).

Esta situación demanda un aumento en la disposición de recursos para optimizar intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las cardiopatías, en busca de identificación de causas de enfermedad, pautas para su manejo y control. Resultado de ello ha sido la tipificación de factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad coronaria.

Al identificar los factores predisponentes —*factores de riesgo*— para la aparición de enfermedad coronaria, la Asociación Americana del Corazón —*American Heart Association, AHA*— estableció metas de prevención secundaria e intervenciones a partir del control de niveles sanguíneos de colesterol, presión arterial, cesación de tabaquismo y modificación o control de otros factores de riesgo, en busca de mejorar el pronóstico de la persona y su estado de salud.

Todas las recomendaciones de la AHA implican la educación del paciente en modificación de estilos de vida y adherencia (1). Sin embargo, se observa que, aunque se encuentran las herramientas efectivas disponibles para mantener y mejorar la calidad de vida, no siempre se logra en el paciente la adherencia a esta terapéutica (7-9). Por esta razón, el presente estudio realizó una caracterización y comparación entre los *estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento* en pacientes con enfermedad coronaria que asistieran al programa de rehabilitación cardiaca de una institución especializada de Bogotá, de manera que se pudieran definir estrategias acordes a las necesidades de estos pacientes con el fin de mejorar y mantener sus niveles de adherencia.

Materiales y Métodos

Estudio de tipo correlacional descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo, diseñado para esta-

blecer la relación entre las dos variables *Estado de salud* y *Adherencia*. Se realizó un muestreo aleatorio simple conformando una muestra de $n = 260$ personas mayores de 18 años con enfermedad coronaria, asistentes al Programa de Rehabilitación Cardiaca de una institución especializada de Bogotá, durante 30 días o más. Los participantes debían cumplir el siguiente criterio de inclusión: capacidad cognitiva para entender las preguntas formuladas en los instrumentos, sin otra patología de base que afectara la clase funcional y tolerancia al ejercicio de la persona.

Al finalizar cada sesión grupal de rehabilitación cardiaca, se explicó a los posibles participantes del estudio los objetivos, el manejo confidencial de la información y los principios éticos: respeto, autonomía, veracidad, justicia, confidencialidad, beneficencia, no maleficencia y libertad, consagrados en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Concejo para la Organización de Ciencias Médicas (cioms, por sus siglas en inglés) (10).

Luego, cada participante dio su autorización por escrito en el consentimiento informado y la investigadora aplicó la tercera versión del Instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*, en un espacio tranquilo, privado y bien iluminado por un tiempo promedio de 20 minutos. Simultáneamente, se hizo la revisión de los datos en la historia clínica necesarios para completar la lista de chequeo de estados de salud. La información se recolectó durante los meses de septiembre de 2012 a marzo de 2013.

Instrumentos

Para evaluar el grado de adherencia se utilizó el instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* elaborado por Reales y Bonilla en el 2006, en su tercera versión, el cual cuenta con una validez de contenido de 0,91 y un confiabilidad según Alfa de Cronbach de 0,85 (11). El instrumento se estructura en dos partes: la primera indaga las características demográficas como domicilio, edad, entre otros; la segunda parte consta de 53 preguntas clasificadas en 4 dimensiones: *factores socioeconómicos* (ítems 1-14), *factores relacionados con el proveedor* (ítems 15-35), *factores relacionados con la terapia* (ítems 36-45) y *factores relacionados con el paciente* (ítems 46-53).

Las preguntas son evaluadas mediante una escala tipo *Likert* de tres puntos, donde 0 = *nunca*, 1 = *a veces* y 2 = *siempre*. La puntuación mínima es 0 y la máxima, 106, la cual permite clasificar tres grados de adherencia: *ventaja para adherencia*, 80%-100%; *en riesgo de no desarrollar*

Tabla 1. Lista de chequeo de estados de salud

Variable	Tipo de paciente	Óptimo	Aceptable	Insuficiente
		valor: 2	valor: 1	valor: 0
Colesterol total		< 150 mg/dL	151-200 mg/dL	> 200 mg/dL
Colesterol LDL		< 80 mg/dL	81-101 mg/dL	> 102 mg/dL
Colesterol HDL		> 35 mg/dL	30-34 mg/dL	< 29 mg/dL
Triglicéridos		< 150 mg/dL	151-200 mg/dL	> 201 mg/dL
Glicemia		70-100 mg/dL	101-110 mg/dL	> 111 mg/dL
TA inicial		< 120/80 mmHg	121/81-140/90 mmHg	> 141/91 mmHg
FEVI		> 50%	40%-49%	< 39%
IMC		18,5-25	25-29,9	> 30
Presencia de arritmias		No	Grado leve	Alto riesgo
BORG		< 9	10-12	> 12
Porcentaje de asistencia a RHBC a sesiones programadas		> 70%	50%-69%	< 49%
Porcentaje de avance en ejercicio 12 sesiones iniciales		> 30%	20%-29%	< 19%

LDL: *Low Density Lipoprotein*; HDL: *High Density Lipoprotein*; TA: *Tensión Arterial*; FEVI: *Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo*; IMC: *Índice de Masa Corporal*; BORG: *Escala de Percepción de Fatiga de Borg*; RHBC: *Rehabilitación Cardíaca*.

Fuente: Datos de la investigación.

comportamientos de adherencia, 60%-79% y no responde a comportamientos de adherencia menor, 59%.

Para clasificar los sujetos según su estado de salud cardiovascular, se realizó una lista de chequeo denominada *Estados de salud cardiovascular en pacientes de rehabilitación cardíaca* a partir de las siguientes guías universales de prevención secundaria: a) Asociación Americana del Corazón (AHA) (1); b) Instituto Nacional de Salud; y c) factores de riesgo que define el estudio de Framingham en sus tres fases (2-5). Por otra parte, se tuvo en cuenta la evolución histórica de los pacientes con enfermedad coronaria en el programa de Rehabilitación Cardíaca de la institución donde se llevó a cabo el estudio.

Los parámetros incluidos en la lista de chequeo se dividen en dos componentes: uno relacionado con los paraclínicos y los exámenes diagnósticos: colesterol total, colesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*), colesterol HDL (*High Density Lipoproteine*), triglicéridos, glicemia, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y presencia de arritmias; el segundo estuvo relacionado con el comportamiento hemodinámico y con la evolución general durante las sesiones de rehabilitación cardíaca: tensión arterial al iniciar la sesión, percepción de fatiga durante la sesión en la escala de Borg, porcentaje de asistencia a las sesiones programadas de rehabilitación cardíaca, porcentaje de avance en

ejercicio durante las 12 sesiones iniciales del programa e Índice de Masa Corporal (IMC), todos indicadores de pronóstico de morbi-mortalidad cardiovascular.

Se realizó además una revisión de la historia clínica de los participantes evaluando y clasificando cada parámetro en tres opciones con un valor numérico: óptimo = 2, *acceptable* = 1 e *insuficiente* = 0, cuya sumatoria permitió realizar un Coeficiente de correlación de Pearson. La interpretación de los estados de salud en los pacientes se obtuvo de la siguiente manera: estado de salud óptimo que corresponde al valor 2, sujetos que obtuvieron valor óptimo en todas las variables; *insuficiente* con el valor 0, los que obtuvieron al menos un parámetro en este rango; y *acceptable* todas las demás posibles combinaciones de las variables de la lista de chequeo.

Para el análisis de los datos de cada una de las variables, se aplicó una estadística descriptiva, en cuyo procesamiento se utilizó el software estadístico *SPSS Versión 15*. En total se reclutaron 260 individuos clasificados en los tres grupos de estados de salud así: 88 del grupo estado de salud *Óptimo*, 89 del grupo estado de salud *Aceptable* y 83 del *Insuficiente*.

Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo abordar el fenómeno de la adherencia desde la condición física del paciente con enfermedad coronaria en rehabilitación cardiaca. Se buscaba establecer la relación entre esta condición —bajo el término *estados de salud*— con el grado de riesgo de no adherencia que aporta el instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* en su tercera versión. La finalidad era aportar a la comunidad científica una perspectiva de la adherencia desde la enfermería relacionada con los datos estandarizados de riesgo coronario y metas de prevención secundaria a nivel mundial.

A través del uso de herramientas estadísticas descriptivas, como tablas de frecuencias, media, mediana y desviación estándar, se realizó una caracterización del grupo objeto de estudio desde el punto de vista socio-demográfico, su estado de salud, grado de adherencia y la relación entre las dos últimas variables.

Respecto a la caracterización del grupo, se determinaron en los participantes del estudio el género, la edad, el tiempo en meses en rehabilitación cardiaca, diagnóstico médico e intervención de tratamiento de la enfermedad coronaria (ver Tabla 2).

La mayoría de la población del estudio fue masculina en un 80%, en comparación con el 20% de mujeres. El grupo de edad que predominó entre los sujetos del estudio estuvo en el rango de 46-65 años, con un 75,3%. Según Mendoza y colaboradores (12), la incidencia y la mortalidad después de un infarto es siete veces menor en mujeres que en hombres. Aunque en el presente estudio se observó mayor distribución de la población de pacientes con enfermedad coronaria en el género masculino, no implica que se deba menospreciar el efecto de la enfermedad coronaria en la mujer. En este sentido, el estudio MONICA (MONITORING cardiovascular disease) (13) de la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto la letalidad de la enfermedad coronaria y llama la atención acerca de la importancia que tiene el manejo de la enfermedad coronaria en la mujer.

La principal manifestación de enfermedad coronaria identificada fue el Infarto Agudo al Miocardio, presentada en el 76,9% del grupo, seguida por Enfermedad coronaria asintomática. A los participantes de este grupo se les realizó el diagnóstico a través de chequeos médicos de rutina o de manera accidental, los cuales ocuparon el 15,4%, grupo que llama la atención frente a la necesidad de aumentar políticas en diagnóstico y prevención primaria. El 7,6% restante, es decir: 20 sujetos, se encontraron con presencia de angina estable.

Tabla 2. Caracterización de sujetos del estudio

Caracterización total n = 260 sujetos			
Ítem		Cant.	%
Género	Femenino	52	20%
	Masculino	208	80%
Rango de edad	De 18 a 30 años	2	0,77%
	De 31 a 45 años	15	5,77%
	De 46 a 55 años	80	30,77%
	De 56 a 65 años	116	44,61%
	De 66 a 75 años	42	16,25%
	De 76 a 85 años	5	1,92%
Tiempo (en meses) en rehabilitación cardiaca	De 1 a 3	94	36,15%
	De 4 a 6	53	20,38%
	De 7 a 12	63	24,23%
	De 13 a 24	32	12,31%
	Más de 24	18	6,92%
Diagnóstico	Angina	20	7,69%
	Enfermedad coronaria asintomática	40	15,38%
	Infarto Agudo al Miocardio	200	76,92%
Intervención	Angioplastia	142	54,61%
	Revascularización	67	25,77%
	Manejo médico	51	19,61%

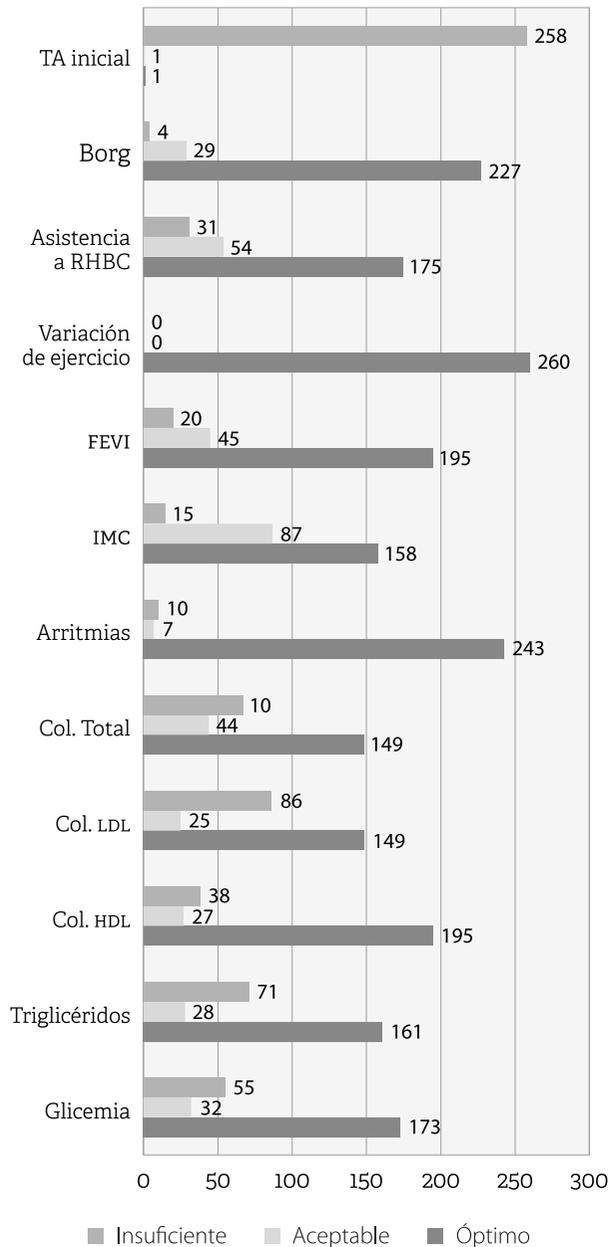
Fuente: Datos de la investigación.

Descripción de *Estados de salud*

Al ser clasificados, los sujetos del estudio obtuvieron diferentes combinaciones de las metas. En total se reclutaron 88 sujetos clasificados en el grupo *Óptimo*, 89 en el *Aceptable* y 83 en el *Insuficiente*. Sin embargo, al hacer una comparación de cada variable de la lista de chequeo en sus dos componentes, se observó:

Los niveles de Colesterol Total, colesterol LDL, HDL, triglicéridos y glicemia son predictores de riesgo de enfermedad coronaria y reincidencia de eventos (1). De ahí la importancia de fortalecer estrategias educativas enfocadas en mejorar el pronóstico de los pacientes clasificados en *Aceptable* e *Insuficiente* en los parámetros de la lista de chequeo *Estados de salud*, el diseño de ac-

Gráfica 1. Comparación ítems lista de chequeo *Estados de salud*



LDL: Low Density Lipoprotein; **HDL:** High Density Lipoprotein; **TA:** Tensión Arterial; **FEVI:** Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo; **IMC:** Índice de Masa Corporal; **BORG:** Escala de Percepción de Fatiga de Borg; **RHBC:** Rehabilitación Cardiaca.

Fuente: Datos de la investigación.

tividades que fomenten la adopción de hábitos de vida saludable, la adherencia a medicamentos y la inclusión de la familia en el proceso de rehabilitación.

Descripción de *Grado de riesgo de no adherencia*

Al totalizar el puntaje del instrumento de adherencia, ningún sujeto tuvo menos de 59%; 49 sujetos (18,8%) estaban en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y 211 (81,1%) tuvieron ventaja para la adherencia. Estos resultados son análogos a los reportados por Contreras (11) y Velandia (14), quienes encontraron en los sujetos de estudio ventaja para la adherencia en un 77% y 95% respectivamente.

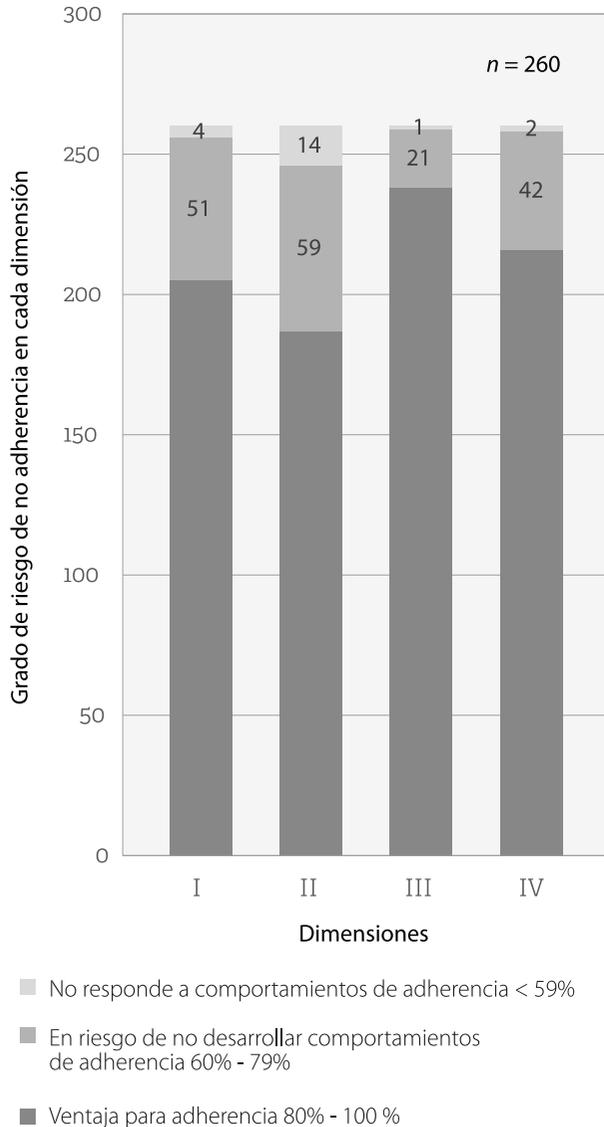
Para describir el grado de riesgo de no adherencia en cada dimensión, se aplicó el mismo valor porcentual del instrumento individualmente —80% y 100% *ventaja de adherencia*, 60% y 79% *en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia* y menos de 59% *no corresponde a comportamientos de adherencia* (17).

Al evaluar cada dimensión, se observó que la dimensión que tiene mejor comportamiento de adherencia es la III, que corresponde a los factores relacionados con la terapia. En contraste, la dimensión relacionada con el proveedor mostró más dificultades de adherencia entre los sujetos. Esto puede tener relación con el papel que cumple el proveedor en la información que suministra durante las explicaciones sobre los tratamientos prescritos, como concluyen Crespillo y colaboradores, quienes abordan el fenómeno de la adherencia desde una perspectiva cualitativa e identifican una falencia en este aspecto (15, 16). Castellano y colaboradores hacen un análisis de la importancia de la relación enfermera-paciente en el acercamiento del significado que da la persona a su enfermedad y tratamiento en el contexto de su realidad (17-18). Herrera y colaboradores describen la importancia de establecer una relación fraternal pero con conocimiento científico de la patología y su efecto en la adherencia terapéutica (19); éste es el principal aporte que puede dar una enfermera dentro del equipo de rehabilitación cardiaca, en la distribución de tareas y priorización, teniendo en cuenta la necesidad de la persona y las obligaciones administrativas del sistema de salud, desempeñando un papel facilitador para el paciente y su familia con el proveedor.

Relación entre Estados de salud y Adherencia

Se utilizó el coeficiente de correlación entre las variables *Estados de salud* —variable independiente—, a partir del puntaje de la lista de chequeo, y *Riesgo de no adherencia a tratamientos* —variable dependiente—, según

Gráfica 2. Comparación de adherencia en las cuatro dimensiones



Fuente: Datos de la investigación.

los resultados del instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos*. La sumatoria de éstas permitió realizar un Coeficiente de correlación de Pearson. Hay que recordar que el valor de r puede estar entre -1 y 1 , donde $r = -1$ representa la correlación inversa perfecta; $r = 1$, la correlación directa perfecta, y entre más cercano esté el valor de r a 0 más débil es la relación entre las variables, es decir: que si $r = 0$, no existe relación entre las variables.

Al calcular el Coeficiente de correlación de Pearson entre *Estados de salud* y *Adherencia* a través de las funciones estadísticas de *Microsoft Excel*[®] (COEF.DE.CORREL), quedó la matriz 1 con los valores de *Estados de salud* y la matriz 2 con los de *Adherencia*, dando como resultado $r = 0,06961$. Esto confirma que el *Estado de salud* medido de esta forma no tuvo relación con la adherencia, es decir: el *Estado de salud* no participó de manera importante en el grado de *Adherencia*, lo cual fue confirmado a través de la prueba de Kruskal Wallis, con un nivel de significancia de $0,911$

Este resultado implica para la investigación en enfermería la necesidad de buscar otras variables que se puedan relacionar con el fenómeno de no adherencia que no sea el *Estado de salud*, como el análisis del comportamiento en el proceso de seguir indicaciones dadas por el equipo de salud. Esto precisamente lo plantean Ajzen y Fishbein a través de su teoría de *Acción Razonada*, que deriva de la del comportamiento planeado y la autoeficacia percibida (20, 21). Por otro lado, Sandoval describe la importancia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento (22), variable que también es pertinente estudiar desde la enfermería.

A pesar de que no se evidencia relación entre las variables, existen estudios que sugieren que la adherencia al tratamiento sí mejora el estado de salud y la calidad de vida percibida, aunque falta profundizar más en investigación en la búsqueda de la comprensión del fenómeno (24, 25). La adherencia a los tratamientos es indispensable en el pronóstico de la enfermedad coronaria, la efectividad de los sistemas de salud, la prevención secundaria y el manejo de enfermedades crónicas (12). La oms relaciona factores como la complejidad de la patología, las exigencias de su tratamiento, el estado de ánimo y la salud mental del paciente en el comportamiento de adherencia a los tratamientos.

La posibilidad que brindan los espacios de rehabilitación cardíaca a los pacientes de interactuar con pares en la misma situación favorece la motivación en la adherencia al comparar su situación con la de otros y ver la eficacia de los cuidados en la salud cardiovascular de otros. Esto, según Resnick (20, 21), es fundamental en la generación de sentimientos de seguridad, confianza y tranquilidad, por la posibilidad de mejoría y por lo tanto la adherencia, lo que se puede utilizar como herramienta para fortalecer a quienes se encuentran en mayor riesgo.

En este sentido, la utilidad del presente estudio para la práctica de enfermería se puede ver desde el siguiente punto de vista: las intervenciones educativas que se realicen en los grupos de rehabilitación cardíaca de pacientes con enfermedad coronaria no deben ser diferentes según los niveles de estado de salud. Esto quiere decir que todo paciente con cardiopatía

de origen coronario o con presencia de factores de riesgo cardiovascular debe recibir asesoría en cuanto a modificación de estilos de vida y técnicas de toma de medicamentos. Lo anterior, en busca de mantener buenos niveles de adherencia y buenos resultados en el estado de salud y las intervenciones de seguimiento de las indicaciones dadas durante las asesorías con la inclusión de la familia como ente motivador del comportamiento de adherencia (26).

Conclusiones

La mayoría de los sujetos de estudio de la presente investigación fueron hombres. La edad en la que más ocurren eventos —lo que coincide con la literatura— es entre los 45 y 66 años. Gran parte de estos sujetos comenzó su síndrome coronario agudo con algún tipo de infarto. El principal procedimiento que se encontró fue la angioplastia de uno o más vasos, con o sin *stent*, y el tiempo de permanencia en el programa estuvo centrado entre 1 y 12 meses. Un importante porcentaje de pacientes se encontró con enfermedad coronaria asintomática, lo cual llama la atención acerca de la importancia de la prevención primaria.

Se obtuvo igualdad numérica en los grupos de *Estados de salud*. Se reclutaron 88 sujetos con estado de salud *Óptimo*, 89 *Aceptable* y 83 *Insuficiente*. Cabe resaltar esta situación frente a las intervenciones del equipo de salud y el enfoque que debe dar para disminuir los índices de morbi-mortalidad, especialmente en los pacientes de mayor riesgo.

Los sujetos reclutados en el estudio tuvieron buenos niveles de adherencia, clasificándose en la categoría de *riesgo de no adherencia*, en mayor porcentaje en *ventaja de adherencia* que en *riesgo de no desarrollarla*. Al desglosar las dimensiones de los factores que influyeron en la adherencia, se pudo concluir que hay factores que son más predisponentes a aumentar el riesgo de no adherencia que otros, como los correspondientes a la dimensión II relacionada con el proveedor, el sistema de salud y el equipo de salud, lo que sugiere que en ocasiones el mismo equipo de salud se convierte en barrera para la adherencia.

Al comparar los grados de adherencia al tratamiento en los grupos de *Estados de salud* y al relacionar las variables por medio del Coeficiente de correlación de Pearson, no se encontró relación entre los estados de salud y los factores que influyeran en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. En otras palabras: el estado de salud medido de esta

forma no tiene relación con la adherencia ni participa de manera importante en el grado de adherencia a los tratamientos.

Recomendaciones

Se recomienda crear estrategias educativas para los sujetos que se encuentran en estados de salud aceptable e insuficiente, dado que tienen mayor riesgo cardiovascular. El objetivo sería mejorar las metas de prevención secundaria, así como hacer un seguimiento a las recomendaciones que les son dadas, para disminuir la aparición de nuevos eventos cardiovasculares.

A pesar del tiempo que demandan las actividades administrativas con el actual sistema de salud y las necesidades institucionales, es importante dedicar más tiempo de consejería y aclaración de dudas a las personas que están en el Programa de Rehabilitación Cardíaca para mejorar la relación paciente-equipo de salud.

La lista de chequeo de estados de salud cardiovascular aporta datos que permiten de forma objetiva estratificar rápidamente el riesgo cardiovascular del paciente que ingresa al Programa de Rehabilitación Cardíaca y definir pautas de seguimiento según las recomendaciones internacionales, para optimizar así los recursos en salud técnicos y humanos. Por lo tanto, se sugieren futuras investigaciones para realizar el proceso de validación la lista de chequeo en un instrumento para la enfermera que realiza su labor en la comunidad con cardiopatía.

Referencias

- (1) Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA *et al.* AHA/ACC secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: A guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *J Am Coll Cardiol* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2012 May 17];58(23):2432-2446. Available from: doi:10.1016/j.jacc.2011.10.824
- (2) O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008 Mar;61(3):299-310.

- (3) Thannassoulis G, Lyasss A, Benjamin EJ, Larson MG, Vita JA, Levy D *et al.* Relations of exercise blood pressure response to cardiovascular risk factors and vascular function in the Framingham Heart Study. *Circulation*.2012;125(23):2836-2843.
- (4) Icaza G, Nuñez L, Marrugat J, Mujica V, Escobar MC, Jiménez AL *et al.* Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función de Framingham adaptada para la población chilena. *Rev Méd Chile*. 2009;137(10):1273-1282.
- (5) Hernández LM, Vega TP, Pérez VT, González ED. Riesgo cardiovascular en pacientes de un consultorio médico del policlínico "Ana Betancourt". *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012;28(4):569-584.
- (6) World Health Organization (who). Global status report on noncommunicable diseases 2010 [report on the Internet]. Geneva: World Health Organization (who); 2011 [access: 2013 Jul 20]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- (7) Zambrano RC, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(2):163-174.
- (8) Crespillo EG, Rivas FR, Contreras EF, Castellano PM, Suárez GA, Pérez ET. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist [revista en Internet]*. 2013 [acceso: 01 ene 2015];28(1):56-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.009>
- (9) Hernández MA, Londoño NH. Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicol Caribe*. 2012;29(1):47-63.
- (10) Castellanos ML, López JM, Caballé MF, García HA. El consentimiento informado: una acción imprescindible en la investigación médica. *Rev Cubana Estomatol*. 2009;46(1):1-10.
- (11) Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención comu-
va. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Uninorte*. 2010;26(2):201-211.
- (12) Mendoza FC, Isaza DR, Beltrán RP, Beltrán JR, Jaramillo CV, Caicedo VM *et al.* Guías colombianas de cardiología: Síndrome Coronario Agudo sin elevación del sr (angina inestable e infarto agudo del miocardio sin elevación del sr). *Rev Colomb Cardiol*. 2008 Dic;15(Supl 3):144-232.
- (13) World Health Organization (who/oms). Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease (MONICA) [manual on the Internet]. Geneva: World Health Organization (who/oms); 1999 [access: 2013 Nov 30]. Available from: <http://www.thl.fi/monica/>
- (14) Velandia A, Rivera LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública*. 2009;11(4):538-548.
- (15) Crespillo E, Rivas F, Contreras E, Castellano P, Suárez G, Pérez E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist*. 2013;28(1):56-62.
- (16) Rodríguez MA, Pérez EM, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus MJ, Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):110-120.
- (17) Castellano P, Miranda A, Sojo G, Perea E, García JJ. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enferm Clín*. 2008;18(3):120-126.
- (18) Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):249-255.
- (19) Castellano PM, Miranda AR, Sojo GG, Perea EM, Garcia JJ, Santos MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enferm Clin*. 2008 may;18(3):120-126.
- (20) Rodríguez MJ, Del Castillo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. *Enferm Glob*. 2012;11(25):207-218.

(21) Resnick B, Luisi D, Vogel A. Testing the Senior Exercise Self-Efficacy Project (SESEP) for use with urban dwelling minority for older adults. *Public Health Nurs.* 2008;25(3):221-234.

(22) Murnaghan DA, Blanchard CM, Rodgers WM, LaRosa JN, MacQuarrie CR, MacLellan DL *et al.* Predictors of physical activity, healthy eating and being smoke-free in teens: a theory of planned behaviour approach. *Psychol Health.* 2010 Oct;25(8):925-941.

(23) Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Rev Méd Chile.* 2014;142(10):1245-1252.

(24) Jiménez LH. Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Rev Costarric Salud Pública.* 2014;23(1):68-74.

(25) Coelho M, Costa EC, Richter VC, Dessotte CA, Ciol MA Schmidt A *et al.* Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3):86-94.

(26) Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez A, Pérez EM, Martínez F *et al.* Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria.* 2011 may;43(5):245-253.

Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería*

Cuidados no final da vida: uma oportunidade para reforçar o padrão de enfermagem emancipatória

Care at the end of life: an opportunity to strengthen the pattern of emancipatory nursing skills

• Martha Adiola Lopera Betancur¹ •

•1• Candidata a PhD en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. e-mail: lopera9701@gmail.com

Recibido: 18/03/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.37514>



* Artículo de revisión, producto del seminario *Derecho a la Salud*, del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Resumen

El objetivo es analizar parte de la situación que viven los pacientes con enfermedad en fase terminal en el marco del sistema de salud colombiano y el papel de las enfermeras*. La ley 100 de 1993 trajo cambios, uno de los cuales está relacionado con el cuidado a los enfermos terminales, el otro, con el papel de las enfermeras. Este artículo explora los conceptos de los cuidados paliativos y qué ha pasado en Colombia con este mecanismo legal y con el rol de la enfermera.

Conclusión: Las enfermeras pueden ser claves al aplicar el patrón de conocimiento emancipatorio, en el cuidado en la adversidad, la abogacía y el empoderamiento de los derechos de los pacientes, así como en la definición de políticas.

Descriptor: Atención de Enfermería; Cuidados Paliativos; Derecho a la Salud (fuente: DECS BIREME).

Resumo

O objetivo é analisar a situação dos pacientes que vivem com doença terminal em relação ao sistema de saúde colombiano e o papel das enfermeiras. A *Ley 100 de 1993* trouxe várias mudanças, uma relacionada com o cuidado em doentes terminais, outro com o papel das enfermeiras. Este artigo explora o conceito de cuidado paliativo, o que aconteceu na Colômbia com este direito e o papel da enfermeira.

Conclusão: As enfermeiras podem ser a chave, com o padrão de conhecimento emancipatório no cuidado na adversidade, a advocacia e empoderamento dos direitos dos pacientes, assim como na definição de políticas.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Cuidados Paliativos; Direito à Saúde (fonte: DECS BIREME).

Abstract

The objective is to analyze the situation of patients living with terminal illness in relation to the Colombian health system and the role of nurses. The *Ley 100 de 1993* brought several changes, one is related to care in terminally ill, the other with the role of health professionals. This paper explores the concepts of palliative care and what happened in Colombia with this law and the role of the nurse.

Conclusion: Nurses can be keys, with its pattern of emancipatory knowledge, care in adversity, advocacy and empowerment of patients' rights, including the policies making.

Descriptors: Nursing Care; Palliative Care; Right to Health (source: DECS BIREME).

* La palabra *enfermera* se refiere al hombre o mujer que ejerce la enfermería.

Introducción

Referirse al derecho a los cuidados paliativos puede relacionarse poco con el derecho a la salud, si es que la salud se entiende como ausencia de enfermedad. Pero es mucho más: “incluye la integridad emocional” (1), cultural y espiritual (2, 3) hasta la muerte, además, está relacionada con la calidad de vida (4). También está relacionada con condiciones de bienestar, comodidad, alimentación, acceso a servicios, canales de comunicación con las empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y programas de transición del cuidado. Por lo tanto, la salud trata de supervivencia y dignidad. Adicionalmente, en el caso de una persona con enfermedad en fase terminal, la salud se refiere a vivir este último tiempo de la mejor manera posible (5). Según Vacas (6), los cuidados de enfermería contribuyen a preservar la dignidad de la persona y entre los fines de la medicina está la paliación del dolor y el sufrimiento. Así mismo, Carrasco afirma que “el respeto a la dignidad de la persona debe dirigir el actuar de los profesionales de la salud” (7).

En consecuencia, negar el derecho a los cuidados paliativos atenta contra el derecho a la salud, a la vida, a la seguridad social y a la existencia digna (5), además de causar sufrimientos (8). Sin embargo, no siempre se respetan los derechos y es limitado el conocimiento que tienen los pacientes, los familiares y los profesionales de la salud al respecto de la legislación y cómo volverlos efectivos (9).

Por otra parte, para la enfermería es indispensable recordar que el “bien interno de la profesión es el cuidado a la persona en todo momento, desde la concepción hasta la muerte” (10) y que es necesario “respetar su dignidad” (11). No obstante, este deber puede ser vulnerado por diferentes causas, algunas relacionadas con la enfermera, como “sus emociones y actitudes” (12). Aun así, hay otras externas a enfermería que atentan contra el cuidado paliativo, como el sistema de salud y las políticas de contratación. Este artículo no pretende justificar estas fallas, al contrario busca hacer un análisis de las circunstancias que pudieran influir en la consecución del derecho a la salud y la vida digna hasta la muerte y cómo la enfermera puede abogar por el paciente, fortaleciendo el patrón de conocimiento emancipatorio o sociopolítico, para conseguir estos derechos y el cuidado en medio de la adversidad. Igualmente, es un llamado a las enfermeras para buscar educación continuada y fortalecer tanto su formación como el cuidado.

Cuidados paliativos

En 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la importancia de los cuidados paliativos al decir que son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable y que pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares (13). Desde entonces, la OMS ha hecho múltiples esfuerzos para que todos los países brinden cuidados paliativos. Según Taboada (2), la discusión se centra en cómo lograr condiciones de dignidad, sin necesidad de hablar de eutanasia. En busca de este objetivo, la OMS brinda una guía de cuidados paliativos para quienes viven con una enfermedad en fase terminal, en la cual se comunican “modelos eficaces y poco costosos” (13), de manera que la falta de recursos no impida gozar del cuidado. En este sentido, la OMS agrega: “el alivio del dolor físico, emocional, espiritual y social es un derecho humano” (13).

Conseguir el derecho a la salud hasta el final de la vida

La preocupación por que las personas tengan la mejor calidad de vida posible hasta la muerte empezó recientemente, reconociéndose con los esfuerzos de la doctora Saunders, quien creó en Inglaterra el primer *Hospice*. Luego, se crearon los centros de atención especializados en atender a las personas en la etapa final de la vida. La doctora Saunders lideró un movimiento mundial que incluyó organizaciones de familiares, universidades, colegiadas y centros de capacitación, a los cuales se han agregado más voces por medio de programas radiales que persisten en el tiempo (14). Por lo demás, se han editado libros y manuales dirigidos al personal de salud y a los familiares, que buscan las mejores condiciones para los pacientes.

El objetivo de estas organizaciones es influir en las políticas públicas y promover reformas legislativas que puedan ayudar a mejorar la calidad de atención de los enfermos en fase terminal. Palencia (14) afirma que gracias al trabajo de estas organizaciones se consiguió la declaración mencionada de la OMS. Éste es un ejemplo de los movimientos sociales que permanecen en el tiempo; implica a colectivos en acciones colectivas y hacen uso de canales institucionales (15) para buscar el beneficio de los pacientes terminales.

Derecho a la salud hasta el final de la vida en Colombia

Castro hace un recuento histórico acerca del interés que ha tenido el Estado en la vida y la salud de la población colombiana. “En el siglo XVIII, en la Nueva Granada había hospicios del Estado para recuperar a la población ‘útil’ y otros, administrados por la Iglesia donde la gente llegaba a morir” (16), eran atendidos por caridad. En otras palabras: el Estado se interesaba por la salud de quienes podían recuperarse para aumentar la producción.

Esta situación se agravó con la reforma del sistema de seguridad social de 1993, porque según Guerrero y colaboradores (17) “Las instituciones deben pensar en términos de sus fuentes de financiamiento y sus gastos en salud”. Entonces cabe preguntar: *¿Qué pasa con la atención que no llevará a la curación? ¿Quién está dispuesto a pagar por ella?*

Por otro lado, con la reforma se crea el Plan Obligatorio de Salud (pos), que contiene el paquete mínimo de beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados al sistema. El pos colombiano en el Acuerdo 008 de 2009, en el Artículo 10, hacía mención tangencial, mas no expresaba los cuidados paliativos para definirlos como prestación que hiciera parte del pos (18), los cuales se incluyeron en la Reforma 1384 de 2011 (19). No obstante, no hay estudios sobre qué tan efectiva ha sido la consecución de estos derechos a partir del 2011. Algunos informes de prensa siguen denunciando que las EPS niegan estos servicios (20). Entonces, podría ser que en el actual sistema de salud no se respeta este derecho.

En consecuencia, queda exigir la *justiciabilidad* del derecho a los cuidados paliativos para conseguir una vida digna para los pacientes. La *justiciabilidad* es la posibilidad de exigir judicialmente un derecho ante los tribunales nacionales e internacionales, porque ha sido reconocido en la legislación interna y en los tratados internacionales (21).

El espacio legislativo se inicia en 1991 cuando Colombia cambia su carta política y define el país como un Estado Social de Derecho, lo cual implica que el Estado debe proteger los derechos sociales de los colombianos. Uno de esos recursos judiciales para la protección de los derechos fundamentales establecidos en la constitución de 1991 fue la *Acción de tutela* (21). Así mismo, esta constitución creó la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo. La primera ha generado jurisprudencia en las

acciones de tutela en salud y los cuidados paliativos; la segunda ha realizado seguimientos sistemáticos al derecho a la salud (22). Estos mecanismos han permitido que las personas hagan efectivo este derecho, especialmente a partir de la sentencia 760 del 2008 de la Corte Constitucional, que reconoce el Derecho a la Salud como fundamental, independiente del derecho a la vida (23).

La Corte Constitucional se pronunció acerca del propósito de los cuidados paliativos, que “buscan mantener la calidad de vida, procurar tranquilidad y comodidad, para que el paciente pueda permanecer lo más cómodo posible, garantizando su dignidad. El Estado tiene la obligación de brindar tratamientos paliativos” (5) para todos los colombianos (17). Por su parte, el Congreso de la República aprobó y reglamentó la Ley 1384 (24), que busca atención integral para personas con cáncer para en abril de 2014 dar vía libre a la Ley *Consuelo Devís Saavedra*, que regula los cuidados paliativos para todas las enfermedades en fase terminal.

En Colombia se han hecho esfuerzos académicos y políticos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que han tenido algunos avances en relación con la disponibilidad de opioides para el manejo del dolor. Sin embargo, la Organización Internacional para la Vigilancia de los Derechos Humanos advierte que Colombia está lejos de garantizar el acceso al tratamiento del dolor y a los cuidados paliativos (25).

Papel de la enfermera en la protección del derecho a la salud del paciente

Para la enfermería, la persona es centro de los cuidados (26) y un fin en sí mismo y no un medio para que las empresas obtengan ganancias y favorecer sus intereses (27). No obstante, la autonomía profesional puede verse amenazada por el contexto político y la legislación (27). Por ejemplo: la Ley 100 trajo cambios de roles y socavó el trabajo en equipo, alejó a muchas enfermeras de la asistencia, para llevarlas a la auditoría de cuentas y además velar por los intereses económicos de la empresa, en vez del interés de los pacientes. Molina (28) y otros encontraron que “las deficientes condiciones laborales y la política de contención de gastos coartan la autonomía profesional, porque condicionan la estabilidad laboral”, es decir: pone a los profesionales en un dilema. Por otro lado, muchas enfermeras “piensan que los planes de

beneficios presentan niveles adecuados y acomodan su saber al sistema" (29). Incluso, en las clínicas hay escasez de camas, especialmente de los servicios más especializados (30), como los de cuidados paliativos.

Otra razón para que existan problemas en el acceso a cuidados paliativos, según Sarmiento, "es el desconocimiento o la negligencia de algunos profesionales, lo que amerita investigaciones y formación en cuidados paliativos para el personal de salud de todas las áreas" (31). Por otra parte, es posible que los hospitales pudieran preferir la admisión de pacientes que permitan mayor facturación, puesto que hay aspectos del cuidado de enfermería esencial para pacientes con enfermedad en fase terminal que no se pueden facturar y necesitan tiempo, como dar información, compañía y ayuda, a los que Huércanos (32) nombra como *cuidados invisibles*. Esto podría hacerlo poco rentable, encontrando obstáculos para su admisión a centros no especializados en cuidados paliativos, aprovechando "un desconocimiento de los derechos y deberes por parte de los usuarios" (33).

Los pacientes encuentran demoras en el acceso a los servicios de salud que pueden causarles sufrimientos y complicaciones (34). Por otro lado, el hospital no es buen lugar para morir (35) y los profesionales se sienten con poca formación en cuidados paliativos (36). De cualquier manera, es común que la muerte ocurra en el hospital, pues para muchas familias, cuando el paciente muere allí, se les facilita el manejo de los síntomas desagradables, los trámites de las exequias y "el miedo de afrontar solos la muerte" (37, 38). Es posible que los hospitales generales no sean el mejor lugar para que un paciente reciba cuidados paliativos, pues para muchos el mejor lugar para morir es la casa, con buenos cuidados (39). Pero la decisión debería ser concertada con el paciente y sus familiares y no una imposición del sistema. Según esto, surgen preguntas como: *¿Qué hacer? ¿Cómo se puede llevar a la práctica la responsabilidad de abogar por el paciente de enfermería?* Una forma es socializar las necesidades insatisfechas o hacer uso de mecanismos como la acción de tutela y la acción colectiva.

Ahora bien, las enfermeras podrían hacer la diferencia si abogan por los pacientes (40), si conocen la ley y cómo hacerla efectiva para evitar "las trabas del sistema" (41). La enfermera debería defender el derecho de las personas al cuidado individual, según su "juicio clínico y sus preferencias" y no a un paquete básico de servicios (42), con una visión de justicia distributiva y con equidad. El liderazgo contemporáneo implica transformar la realidad, sobre todo la colombiana, que envuelve pobreza e inequidad (43).

En contraste, la dignidad no puede ser objeto de mercantilización y por ello algunos profesionales llevan

a cabo estrategias de resistencia, educación a los pacientes acerca de sus derechos y cómo hacerlos efectivos, acciones en favor del paciente y no necesariamente contra la empresa. Es necesario que todos los actores afectados comuniquen su malestar para concretar los derechos, si sienten que la atención del enfermo no cumple con las expectativas o no se dirige a una muerte digna.

Específicamente con el derecho a los cuidados paliativos, la enfermera puede dar asesoría para que las personas usen los mecanismos que la constitución creó para tal fin. Un ejemplo es el caso de una enfermera en Pasto que ordenó a un paciente algunos cuidados que buscaban proteger su nivel de vida en condiciones de dignidad. La EPS lo negó por referirse a cuidados paliativos ordenados por una enfermera y no por un médico, por lo que el paciente por consejo de la enfermera instauró una acción de tutela a su EPS. Este caso representa un precedente porque la Corte Constitucional se pronunció a favor del cumplimiento de los cuidados paliativos "debido a que el pos y el pos-s prescriben algunos cuidados que pueden ser llevados a cabo por enfermeras, entonces resulta claro que esta profesional, en virtud de su conocimiento y en aplicación del principio de solidaridad, ordenara este tratamiento" (44). Esta jurisprudencia llama a que las enfermeras aboguen por los pacientes y brinden cuidado con autonomía.

Otro mecanismo clave es la movilización social. El cuidado en los momentos de la muerte debería ser de interés público en términos de solidaridad, porque las mejoras en la calidad posiblemente pueden beneficiar a otros pacientes. Una de las máximas universales de Kant es: "Moral es preguntarse: ¿quisiera que esta acción fuera universal?" (45). Ésta es una forma de hacerse responsable del otro (46).

Son ejemplos de movilización social los casos de Giraldo (47) y Fernández (48), enfermeras que "tras sufrir el sistema" con la muerte de sus familiares, decidieron socializarlo. En este sentido, más allá de buscar adaptación al sistema, las enfermeras tienen responsabilidad con los pacientes, la enfermería y con la sociedad, para lograr nuevas formas de consciencia (49).

Éstas son condiciones para la aplicación del patrón emancipatorio, que es "la habilidad de reconocer problemas sociales y políticos" (50). Así mismo, la enfermería debe brindar cuidado con calidad en medio de las múltiples presiones del contexto. Luengas advirtió: (55) "Las condiciones adversas son una amenaza de cuidado deshumanizado". Por ello, es necesario el compromiso de la docencia y la asistencia con la formación política y crítica que "propicien sensibilidad social" (52).

Recomendaciones

Realizar estudios para determinar qué pasa con el derecho al cuidado paliativo en Colombia. Mejorar la formación de las enfermeras en cuidado paliativo (53). Tener en cuenta que los cambios en el contexto representan un desafío para las enfermeras (54) y no una excusa para no ejercer cuidado con calidad. También es necesario el empoderamiento del patrón de conocimiento emancipatorio o sociopolítico, de la abogacía, “del liderazgo y conocimiento crítico” (55) y la participación en diseño de políticas de salud. Según Amezcua (56), “empoderarse de la función de abogacía contribuye al desarrollo científico de enfermería”.

Este patrón de conocimiento emancipatorio o sociopolítico procura el valor del ser humano, el interés por el contexto social, político y de la conciencia crítica (57), además de buscar que la enfermera sea capaz de actuar, de comprender y de pensar las acciones de salud (57). Por otra parte, es indispensable tener en cuenta que la calidad de vida de los enfermos sin un buen programa de cuidados paliativos es muy baja (58). Así mismo, Garner (59) plantea que las enfermeras tienen un papel importante en el establecimiento, aplicación y defensa de políticas.

Conclusiones

El sistema de salud en Colombia cambió el modo de brindar la atención y la manera de pensar de muchos profesionales. Sin embargo, es necesario el empoderamiento de los colombianos de todos sus derechos. La enfermera deberá abogar para que el paciente reciba cuidado de calidad, procurar su comodidad y un trato digno mientras viva, así como con su cadáver y sus familiares, para lo que es necesario fortalecer la abogacía y desarrollar habilidades analíticas y argumentativas (60).

El patrón de conocimiento emancipatorio o sociopolítico es una herramienta para brindar cuidados paliativos, con solidaridad y compasión. Las enfermeras pueden articular su conocimiento del contexto social y político con su capacidad de participación y liderazgo para beneficio de la enfermería y de los pacientes. Pueden ser claves en la movilización social en busca de revindicar los derechos, específicamente a los cuidados paliativos.

La literatura contempla la defensa del derecho a la vida y la salud, pero ésta va hasta el final de la muerte, por lo cual la enfermería puede contribuir con la consecución de este derecho, pues su papel se enfoca en las personas más vulnerables.

Referencias

- (1) Agost MR, Martín LA. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Rev Cub Salud Pública* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 13 oct 2014];38(1):126-140. Disponible en: doi:10.1590/S0864-34662012000100012
- (2) Taboada PR. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioeth* [revista en Internet]. 2000 jun [acceso: 05 dic 2011];6(1):89-101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>
- (3) Díaz H, Uranga W. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Rev Comun Salud* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 12 oct 2014];1(1):113-124. Disponible en: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/15/10>
- (4) Urzúa AM, Caqueo AU. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* [revista en Internet]. 2012 abr [acceso: 13 oct 2014];30(1):61-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- (5) República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia de tutela T-560 de 2003. Derechos a la vida, salud, seguridad social y existencia digna de persona de la tercera edad con cáncer; 2003.
- (6) Vacas MG. Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enferm Clín* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 oct 2014];21(1):74-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.003>
- (7) Carrasco MS. El deber cuidado frente al derecho a morir. *Apuntes de Bioética* [revista en Internet]. 2011 [acceso 13 oct 2014];2(2):40-48. Disponible en: <http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/bioetica/article/view/154/143>
- (8) Pichardo LM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med (Mex)* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 15 jun 2011];55(3):161-166. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103i.pdf>
- (9) Montoya CM, Betancur GJ. Percepción sobre los temas intervenidos al amparo de la emer-

gencia social decretada en Colombia en diciembre de 2009 [tesis magíster]. Medellín: Universidad del CES, Universidad del Rosario; 2011.

(10) República de Colombia. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Ley 911 de octubre 5 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 45693 (06/10/2004).

(11) Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practices. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):129-135.

(12) Carmona MC, Pichardo MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 20 abr 2013];20(6):[aprox: 8 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_19.pdf

(13) Organización Mundial de la Salud (OMS). Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado [guía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007 [acceso: 25 feb 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/>

(14) Palencia MA. Calidad de la atención al final de la vida: manual para el médico y la enfermera. México D. F.: Grama; 2006.

(15) Borrero YE, Echeverry ME. Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Rev Gerenc Polit Salud* [revista en Internet]. 2011 dic [acceso: 20 abr 2013];10(21):62-82. Disponible en: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol10_n_21/espacio_abierto.pdf

(16) Castro SG. Siglo XVIII: El nacimiento de la biopolítica. *Tabula Rasa.* 2010;(12):31-45.

(17) Guerrero R, Gallego AI, Becerril VM, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Méx* [revista en Internet]. 2011 ene [acceso: 14 oct 2014];53(Supl 2):144-155. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es

(18) República de Colombia. Comisión Reguladora en Salud. Acuerdo 08 de 2009, por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado [norma en Internet]. (29/12/2009) [acceso: 22 abr 2013]. Disponible en: http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2009/ACUERDO_08_09.pdf

(19) República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud. Diario oficial 47957 (19/01/2011).

(20) Un complejo sistema. Informe especial: vivir con cáncer. Bogotá: Revista Semana. 2012, diciembre 3. Sección política. p. 96.

(21) Echeverry ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 13 oct 2014];10(20):97-109. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272011000100007&lng=en&tlng=es

(22) Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Rev Panam Salud Pública.* 2013;33(4):287-293.

(23) República de Colombia. Corte Constitucional de la República de Colombia. Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural a la salud y la seguridad social (CSR). Bogotá: Segundo Informe a la Corte Constitucional; 2011.

(24) República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Diario Oficial 47.685 (19/04/2010).

(25) Human Rights Watch. Global state of pain treatment access to palliative care as a human right [report on the Internet]. New York: Human Rights Watch; 2011 [access: 2013 Jan 5]. Available from: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>

(26) Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc*

- Enferm [revista en Internet]. 2010 [acceso: 14 oct 2014];16(1):31-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
- (27) Vargas JJ, Molina GM. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):121-130.
- (28) Molina GM, Vargas JJ, Muñoz IF, Acosta JJ, Sarasti DV, Higueta YH *et al*. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev Gerenc Polit Salud [revista en Internet]*. 2010 [acceso: 25 abr 2013];18(Supl 19):103-117. Disponible en: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol_9_n_18_supl/ponencia_panel_2.pdf
- (29) Muñoz IF, Londoño BE, Higueta YH, Sarasti DA, Molina GM. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):142-152.
- (30) Colmenero M. El ritual de la falta de camas. *Med Intensiva*. 2011;35(3):139-142.
- (31) Sarmiento MI. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*. 2011;1(2):23-37.
- (32) Huércanos IE. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas [revista en Internet]*. 2010 [acceso: 11 jul 2014];6(1):1-31. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- (33) Escobar DE, Cortés AM. El derecho de petición en el sistema de salud colombiano. *Vía Iuris [revista en Internet]*. 2011 [acceso: 18 oct 2014];(11):49-76. Disponible en: <http://www.ulibertadores.edu.co:8089/index.php?idcategoria=6288>
- (34) Abadía CE, Oviedo DG. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev Gerenc Polit Salud [revista en Internet]*. 2010 [acceso: 18 oct 2014];9(18):86-102. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000300009&lng=en&tlng=es
- (35) Iglesias ML, Echarte JL. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*. 2007;19(4):201-210. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol19_4/6.pdf
- (36) Araujo MM, Silva MJ. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm usp [periódico na Internet]*. 2007 [acceso: 2011 Mai 24];41(4):668-674. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400018>
- (37) Lopera MA. La llamada por la vida: necesidades de cuidado urgente en casa. *Invest Educ Enferm*. 2008;26(1):78-94.
- (38) Cacante JV, Arias MM. Tocar los corazones en busca de apoyo: el caso de las familias de los niños con cáncer. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(2):170-180.
- (39) Rodrigues AM. El cuidador y el enfermo en el final de la vida-familia y/o persona significativa. *Enferm Glob [revista en Internet]*. 2010 [acceso: 18 oct 2014]; (18):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000100022>
- (40) Benner P, Sutphen M, Leonard VK, Day L. Formation and everyday ethical comportment. *Am J Crit Care*. 2008;17(5):473-476.
- (41) Molina GM, Cáceres FM. Gestión institucional bajo la presión del mercado competitivo en el sistema de salud colombiano, 2007-2008. *Iatreia*. 2011;24(1):16-25.
- (42) Abarshi E. Place of death: different by design. Comment on "Association of hospice patients' income and care level with place of death". *JAMA Intern Med [serial on the Internet]*. 2013 Mar [access: 2014 Apr 30];173(6):456-457. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23420293>
- (43) Castellanos JC. A propósito de los proyectos de reforma a la salud. *Univ Méd [revista en Internet]*. 2013 [acceso: 13 oct 2014];54(2):149-156. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231030019001>
- (44) República de Colombia. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia de Tutela T-1087 de 2007. Derechos al mínimo vital de personas en situación de debilidad manifiesta. Accesibilidad al Derecho a la Salud. 2007 Disponible en:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-1087-07.htm>

(45) Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Barcelona: Aries; 1996.

(46) Meza JL. Aprender el cuidado del otro: una urgencia en la formación moral de un país en el cual nos estamos matando. *Actual Pedagog.* 2012;(60):215-235.

(47) Giraldo JT. Enfermedad y muerte: un duro camino para vivir. *Invest Educ Enferm.* 2008 sep;26(2 Supl):162-167.

(48) Fernández AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(2):267-274.

(49) Mosqueda AD, Vilchez VB, Valenzuela SS, Sanhueza OA. Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(2):356-363.

(50) Chinn PL, Kramer M. Integrated theory and knowledge development in nursing. 8th ed. St Louis: Elsevier; 2011.

(51) Luengas LM. El cuidar en la adversidad [editorial]. *Actual Enferm.* 2012;15(1):6-7.

(52) Sánchez M, Herrera F, Socarrás M. La formación de enfermería centra la enseñanza en los valores del cuidado de la vida y la salud. *Praxis* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 18 oct 2014];(8):138-146. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/viewFile/39/38>

(53) Frias C. O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. *Av Enferm* [periódico na Internet] 2012 [acceso: 10 Feb 2014];30(1):13-22. Disponible em: <http://www.index-f.com/rae/301/r013022.php>

(54) Cruz MO, Jenaro CR, Pérez MC, Hernández ML, Flores NR. Cambios en el contexto del cuidado: desafíos para la enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011 [revista en Internet];19(4):[aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4412/5779>

(55) Shattell MM. Emerging theories for practice critical, participatory, ecological, and user-led: nursing scholarship and knowledge development of the future [editorial]. *Adv Nurs Sci* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2014 Oct 18];37(1):3-4. Available from: doi: 10.1097/ANS.0000000000000012

(56) Amezcua M. *Index* y la construcción de una comunidad de conocimiento abierta [editorial]. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2007 nov [acceso: 16 mar 2013]; 16(58):[aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300001&lng=es

(57) Persegona KR, Rocha DL, Lenardt MH, Zagonel IP. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. *Esc Anna Nery* 2009;13(3):645-650.

(58) Camargo RD. Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. *MEDICINA* [revista en Internet]. 2014 mar [acceso: 14 oct 2014];36(1):80-84. Disponible en: <http://revista-medicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/24/122>

(59) Garner KK, Goodwin JA, McSweeney JC, Kirchner JE. Nurse executives' perceptions of end-of-life care provided in hospitals. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Feb;45(2):235-243.

(60) Prieto GI. Perspectiva bioética del cuidado de enfermería. *Enferm Univ.* 2007;4(3):21-26.

Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior

Utilização de ácidos graxos para a prevenção de úlceras de pressão e da extremidade inferior

Use of fatty acids in prevention of pressure and lower extremity sores

• Juan Carlos Restrepo Medrano¹ • Juan Guillermo Rojas² • Manuel Alejandro Granada Gómez³ •

•1• PhD, RN, BSc Nurse, MSc Nurse, Economista. Profesor, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia-UPB. Medellín, Colombia. E-mail: juanc.restrepo@udea.edu.co

•2• MSc Enfermería. PhD. Profesor Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

•3• Enfermero. Grupo Antioqueño para el Cuidado Integral del Paciente con Heridas (GACIPH). Medellín, Colombia.

Recibido: 02/07/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.40241>



Resumen

Objetivo: Analizar la literatura científica acerca del uso y la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados y las actuaciones de los profesionales de enfermería en la prevención y tratamiento de úlceras por presión y heridas crónicas.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura en las principales bases de datos de las ciencias de la salud y las ciencias sociales (MEDLINE-PUBMED, CINHAL, WEB OF SCIENCE, LILACS, SOCIOLOGICAL ABSTRACTS, CUIDEN, EMBASE, PSYCOINFO e ISI WEB OF KNOWLEDGE). Se hizo una revisión analítica de los artículos seleccionados utilizando un protocolo para extraer los datos.

Resultados: Del total de artículos encontrados, 14 reportaron los resultados de ensayos clínicos o estudios cualitativos. Los autores señalaron los beneficios de la utilización de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión y heridas crónicas.

Conclusiones: En los estudios analizados se identificaron principalmente asuntos sobre la prevención, el tratamiento y el cuidado de enfermería en personas con úlceras crónicas y agudas. Como estrategia de intervención, se reportó la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados, lo que permite sugerir el uso protocolizado en el ámbito institucional, bajo la consideración de un plan de cuidados estructurado con la metodología científica del Proceso de Atención de Enfermería.

Descriptor: Ácidos Grasos; Atención de Enfermería; Enfermería Basada en la Evidencia; Procesos de Enfermería; Investigación en Enfermería Clínica (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Analisar a literatura científica sobre o uso e eficácia dos ácidos graxos hiperoxigenados e as ações dos enfermeiros na prevenção e tratamento de úlceras de pressão e feridas crônicas.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura nas principais bases de dados de ciências da saúde e ciências sociais (MEDLINE-PUBMED, CINHAL, WEB OF SCIENCE, LILACS, SOCIOLOGICAL ABSTRACTS, CUIDEN, EMBASE, PSYCOINFO e ISI WEB OF KNOWLEDGE). A revisão analítica de artigos selecionados foi feita usando um protocolo para extrair dados.

Resultados: Dos itens encontrados, 14 relataram os resultados de ensaios clínicos ou estudos qualitativos. Os autores apontam os benefícios do uso ácidos hiperoxigenados graxos na prevenção e tratamento de úlceras de pressão e feridas crônicas.

Conclusões: Problemas nos estudos analisados sobre a prevenção, tratamento e cuidados de enfermagem para pessoas com úlceras agudas e crônicas foram, principalmente, identificados. Como estratégia de intervenção, a eficácia dos ácidos graxos hiperoxigenados é relatada, o que permite sugerir que seja protocolizado no nível institucional, sob a consideração de um plano de cuidados estruturado com a metodologia científica do uso Processo de Cuidar em Enfermagem.

Descritores: Ácidos Graxos; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Baseada em Evidências; Processos de Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem Clínica (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To analyze scientific publications about use and effectiveness of fatty acids and nursing care activities for ulcers and chronic wounds prevention and treatment.

Methodology: A literature review was performed on main health and social sciences data bases (MEDLINE-PUBMED, CINHAL, WEB OF SCIENCE, LILACS, SOCIOLOGICAL ABSTRACTS, CUIDEN, EMBASE, PSYCOINFO and ISI WEB OF KNOWLEDGE). An analytic review on selected papers was made using a protocol to gather data.

Results: 14 articles out of total papers of were reviewed reported results from clinical trial or qualitative research. Authors pointed out the advantages of using fatty acids for prevention and treatment of pressure ulcers and chronic wounds.

Conclusions: In reviewed papers, issues concerning prevention, treatment and nursing care to patients with acute and chronic ulcers, were identified. As an intervention strategy, fatty acids effectiveness was reported, which suggests its usefulness in hospital protocols, under the consideration of a nursing care plan organized in terms of Nursing Process methodology.

Descriptors: Fatty Acids; Nursing Care; Evidence-Based Nursing; Nursing Process; Clinical Nursing Research (source: DECS BIREME).

Introducción

Aunque las úlceras han acompañado al hombre a lo largo de la historia, todavía persisten importantes vacíos en relación con la prevención y el tratamiento (1), haciendo que su atención sea más difícil y que se consideren un importante problema de salud que pone en riesgo la seguridad del paciente (2, 3). En Colombia la situación es más compleja, debido a que no existen políticas relacionadas con la atención de esta dolencia y no es clara la función del profesional de enfermería, aunque se conozca el beneficio de sus intervenciones para minimizar los efectos adversos (2).

Aunque la prevención de las úlceras es primordial, en ocasiones su aparición es inevitable (4), por esto se ha recurrido a la utilización de productos “tradicionales”, los cuales han caído en desuso debido a los avances tecnológicos y las implicaciones que traen (5). Se cuentan como productos tradicionales las soluciones tópicas caseras, las cremas corporales o los ácidos grasos esenciales (AGE), reconocidos por su efectividad y uso desde hace 2 500 años (6, 7, 8), como los aceites de almendra, la rosa mosqueta y la oliva (9).

Los AGE son moléculas de naturaleza lipídica necesarias para el organismo (10), que se encargan de la cohesión celular en el estrato córneo —sitio de concentración de queratina—, previniendo la pérdida de agua y favoreciendo la adhesión celular. Participan en la producción de mediadores metabólicos —óxido nítrico— y precursores de la respuesta inflamatoria —prostaglandinas, tromboxanos, leucotrienos— (11). En las lesiones agudas el exceso de radicales libres estimula el estasis sanguíneo y se producen microtrombos que causan isquemia y estrés oxidativo. Ante esta situación, los AGE ocupan estos radicales y disminuyen los procesos oxidativos.

Por el contrario, en las heridas crónicas se disminuye la efectividad de los AGE porque se aumenta el estrés oxidativo. Esto hace necesario que los ácidos sean sometidos al proceso de hiperoxigenación —ozonización—, dando como resultado los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) que revierten el estrés y tienen las siguientes propiedades (12-18):

- Aumentar la microcirculación sanguínea, disminuyendo la isquemia celular.
- Facilitar la renovación de las células epidérmicas.
- Potenciar la cohesión celular de la epidermis.

- Aumentar la resistencia de la dermis frente a la presión o fricción ejercida sobre ésta.
- Mantener y aumentar la hidratación de la piel.
- Reducir la fragilidad cutánea.
- Disminuir el efecto de los radicales libres.

Se ha documentado la utilización de los AGHO como estrategia preventiva en las lesiones crónicas (6) y los beneficios para los pacientes, los profesionales del cuidado y las instituciones sanitarias. El presente estudio tiene como objetivo hacer una revisión analítica de la literatura científica existente sobre el uso y efectividad de los AGHO y las actuaciones de los profesionales de enfermería en cuanto a la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión y las heridas crónicas.

Metodología

Se realizó un análisis de las artículos existentes sobre el tema de AGHO publicados en las bases de datos de Ciencias Sociales y de Salud: *Medline (Pubmed)*, *Cinhal*, *Web of Science*, *Lilacs*, *Sociological Abstracts*, *Cuiden*, *Embase*, *PsycInfo*, *ISI Web of Knowledge*. El periodo analizado comprendía publicaciones desde el inicio de cada base de datos hasta junio de 2013.

Se emplearon los siguientes descriptores en español, inglés y portugués: *fatty acids*, *hyperoxygenated fatty acids*, *pressure ulcer*, *leg ulcer*, *diabetic foot*, *effectiveness*, *nursing care*, *nursing diagnosis*, *prevention*, *ácidos grasos hiperoxigenados*, *úlceras por pressão*, *ulcera da perna*, *pé diabético*, *efetividade*, *cuidados de enfermagem*, *diagnostico de enfermagem*. Para precisar la búsqueda, se emplearon expresiones alternativas como *prevención de heridas*, *herida crónica* y *cicatrización*, existentes en los títulos, en los resúmenes o en textos completos.

Los artículos fueron seleccionados tomando como criterio que entre los objetivos se considerara el uso de los AGHO en el cuidado de heridas crónicas. Se excluyeron artículos sin resúmenes disponibles, editoriales, ponencias en congresos, reporte de experimentos en animales o estudios escritos en idiomas diferentes a los establecidos.

Los textos se analizaron mediante un protocolo elaborado *ad hoc*. Para valorar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se empleó el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group*) (19).

Resultados

Se encontraron 14 artículos que se ajustaban a los criterios establecidos, 6 correspondieron a ensayos clínicos y los restantes a estudios descriptivos y revisiones sistemáticas. A continuación se describen algunos aspectos relevantes de los artículos analizados.

Colin y colaboradores (20) calcularon la eficacia de un producto a base de AGHO en pacientes con diferentes clasificaciones de riesgo de padecer una UPP. Constataron que la aplicación tópica de AGHO mantenía estables los valores de tcpO₂ —presión transcutánea de oxígeno—, aunque los pacientes experimentasen cambios en la presión ($p = 0,0014$), destacando su efectividad en la prevención de UPP.

En el estudio de Gallart y colaboradores, se experimentó con 192 pacientes distribuidos aleatoriamente en dos grupos para identificar la incidencia de UPP. Se encontró una incidencia global del 27% (ic del 95% 21-34%). En el grupo control la incidencia fue del 35% (ic del 95%, 27-47%) y en el experimental, con la aplicación de AGHO, fue del 19% (ic del 95%, 12-29%), resultando estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6,8$; gl = 1; $p = 0,007$). El tiempo de aparición de lesiones en el grupo control fue de 3 días en promedio, en contraste con el grupo experimental, que fue de 5 días. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($U = 218,5$; $p = 0,025$). Con la utilización de los AGHO al tercer día de seguimiento, el 56% de los pacientes del grupo experimental aún no había desarrollado algún tipo de lesión, en contraste con el 32% de pacientes del grupo control que sí había presentado lesión cutánea. Se demostró que el tratamiento experimental con AGHO reducía la tasa de un nuevo evento no deseado en un 16% —reducción absoluta del riesgo— [3,9-28,1] y la reducción relativa del riesgo (RRR) era de 45,7 [11,8-66,6], sugiriendo que los AGHO disminuían la incidencia de UPP retardando su aparición (17).

En otro estudio experimental se calculó la diferencia del flujo sanguíneo comparativamente en los talones de 5 individuos sanos. A cada paciente se le aplicó AGHO en un talón y en el otro no. En las zonas en que se aplicó AGHO se obtuvo un aumento de la circulación capilar de manera estable en el tiempo. Se verificó un incremento de $122,29 \pm 68,74$ de porcentaje de unidades de flujo en relación con los valores basales, concluyéndose que los AGHO mejoraban la circulación local y recomendando su uso en zonas de riesgo o en lesiones en estadio I (11).

Un estudio observacional prospectivo con pacientes en diferentes niveles de riesgo para desarrollar una UPP evaluó la acción de un agente tópico de AGHO con base

en los protocolos establecidos institucionalmente. El 40,4% de los pacientes no recibió ningún agente tópico, el 25,1% recibió cremas oleosas de barrera y el 34,5% recibió un AGHO. El 15,7% de los pacientes desarrolló algún tipo de úlcera, bien fuera en pelvis (10,6%) o en tobillo (7,1%). Luego de la aplicación del agente tópico de AGHO, se obtuvieron diferencias significativas entre la aplicación de éstos y las soluciones oleosas usadas para prevenir ($p < 0,04$) y se redujo el riesgo relativo (*Odds Ratio* de 0,61) (0,38-0,98). Los autores concluyeron que los AGHO eran una medida efectiva para el cuidado de piel en pacientes con riesgo y recomendaron su inclusión en las guías clínicas (21).

Torra y colaboradores (16), en un estudio clínico de doble ciego, compararon los efectos de un AGHO y un placebo graso para el tratamiento de UPP en un grupo control (167 pacientes) y un grupo experimental (164 pacientes). En el grupo experimental, la incidencia de UPP fue del 7,3%, en comparación con el 17,3% del grupo control ($p = 0,06$). De acuerdo con el estudio, de cada 10 pacientes tratados con AGHO, en uno se previno la UPP (NNT = 95). Las curvas de supervivencia y el modelo de regresión mostraron una diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos ($p = 0,001$). Los autores concluyeron que los AGHO eran costo-efectivos en la prevención de las UPP (16).

En una revisión bibliográfica realizada en 2007, se publicaron los reportes de dos ensayos clínicos realizados para determinar la eficacia de los AGHO en la prevención de las UPP, empleando las herramientas CASPE (*Critical Appraisal Skills Programme*) y el sistema GRADE. Se encontró que sólo dos ensayos clínicos aleatorizados cumplían con los criterios de calidad del CASPE, y con base en el nivel de evidencia recomendaban el uso de los AGHO en la prevención y tratamiento de las UPP (4). En el mismo año, una investigación multicéntrica en pacientes con úlceras de extremidad inferior evaluó los efectos de una emulsión con AGHO en la piel perilesional. El preparado se aplicó con una media de $1,83 \pm 0,64$ veces/día (mediana = 2 veces/día). Al valorar las características de la piel, se encontró que los AGHO fueron eficaces como tratamiento, debido a su acción hidratante y al aumento en la resistencia de la piel en las lesiones vasculares por pie diabético (22).

En el año 2009 se publicaron tres reportes relacionados con el tema (6, 12, 23). En un estudio prospectivo, comparativo, observacional, realizado en dos fases, entre 2004 y 2007 en pacientes pediátricos, se buscó determinar si la ejecución de un protocolo para prevenir las UPP con la aplicación de un producto a base de AGHO disminuía la aparición de éstas. La primera fase se realizó antes de la puesta en marcha de los protocolos de prevención y arrojó que 19 niños desarrollaron 36 UPP. La segunda fase

del estudio se puso en marcha cuando los protocolos ya estaban en uso y se encontró que 18 infantes tuvieron 25 UPP, es decir: que la incidencia disminuyó en 24,6%. Con los hallazgos se sugirió que la aplicación de los AGHO de manera protocolizada prevenía las lesiones y disminuía su incidencia y su severidad (23).

Otra publicación de 2009 mostró los hallazgos de un ensayo clínico realizado en pacientes geriátricos en el que se evaluaron comparativamente las diferencias o equivalencias entre dos tratamientos que contenían AGHO para prevenir UPP en estadio I (AGHO vs AGHO comercial). Se analizaron 148 lesiones, 72 UPP en el grupo control a quienes se les aplicó AGHO comercial y 76 UPP en el grupo de intervención, a quienes se les aplicó AGHO. En el grupo control se logró la curación de 40 úlceras (55,6%), en contraste con las 53 úlceras (69,7%), que fueron curadas en el grupo de intervención en el que se aplicó el preparado genérico de AGHO ($p = 0,074$). La tasa de curación al aplicar el AGHO fue 1,53 veces más alta en el grupo de AGHO que con la aplicación de AGHO comercial ($p = 0,031$), con una media de 9 días de seguimiento (RIC: 5 a 14). Se concluyó en este estudio que no era posible afirmar equivalencia entre los dos productos de AGHO; sin embargo, la curación de las lesiones en estadio I era clínicamente relevante con ambos productos, por lo tanto, recomendaron la utilización de estos productos en las guías clínicas de enfermería (6).

La tercera publicación de este periodo correspondió a otra revisión bibliográfica que recopilaba la producción científica europea en relación con el tema. Los autores concluyeron que los AGHO eran una herramienta importante para el mantenimiento de la integridad cutánea con base en la efectividad mostrada como medida preventiva para las UPP. Se recomendó la inclusión de éstos en los protocolos clínicos de enfermería para la prevención de UPP y el cuidado de la piel perilesional (12).

En una revisión sistemática sobre el uso de AGHO en pacientes con úlceras vasculares, se evaluó la calidad de las publicaciones y la fuerza de la evidencia generada empleando el sistema GRADE. Se encontró que el nivel de evidencia reportado era bajo, pues no contaban con grupos de comparación, razón por la cual no se podía establecer relaciones de causalidad ni riesgo relativo (RR). No obstante, recomendaban el uso de los AGHO en el contexto clínico como una medida preventiva en este tipo de pacientes, porque mantenían la integridad de la piel y retardaban la aparición de las lesiones. Se recomendó además que fuera necesario desarrollar más investigaciones sobre el tema para generar evidencia científica de mayor fuerza (24).

El último de los estudios analizados correspondía a un ensayo clínico en el que se comparaba la efectividad

de un producto con AGHO en relación con un placebo para prevenir UPP de categoría I. Los pacientes tenían diferentes clasificaciones de riesgo de UPP, de los cuales 99 fueron asignados al grupo experimental y se les aplicó el producto nuevo con AGHO. Al grupo control de 95 pacientes se les aplicó el placebo base de AGHO. La incidencia de UPP en el grupo experimental fue ligeramente menor que en el grupo control (6,1% vs 7,4%), por esto las diferencias entre los productos no fueron significativas ($z = 0,08$; $p = 0,94$) y el riesgo relativo reportado fue de 0,82 (95% IC = 0,29-36). La razón de razones de incidencia fue de 0,86 (95% IC = 0,29-2,56; NNT = 76,5). No se encontraron diferencias entre el producto nuevo con AGHO y el placebo. Se concluyó que no había diferencias entre los productos y que los datos arrojados sobre la efectividad de los AGHO eran similares a los de otros estudios (25).

En relación con el propósito de analizar la intervención de los profesionales de enfermería en la prevención y cuidado de las personas con lesiones agudas o crónicas y la utilización de los AGHO, solamente dos de los artículos evaluados indicaban una o varias de las fases de la metodología científica del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Es por esto que el presente texto apunta a examinar la literatura existente, con el objeto de promover un cuidado al paciente con lesiones crónicas fundamentado en la gestión mediante una estrategia sistemática, ordenada y alimentado de la mejor evidencia científica disponible.

El proceso de enfermería como metodología para el cuidado de los pacientes con úlcera por presión y heridas crónicas que requieren AGHO

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye la metodología científica que permite a los profesionales del área aproximarse a los fenómenos y conocer las respuestas humanas ante las situaciones y procesos de la vida bajo una perspectiva humanística e interactiva, integrando el conocimiento empírico, ético, personal, estético y político para el cuidado de las personas (26, 27).

Este proceso es una metodología práctica derivada de un proceso lógico de pensamiento que busca formalizar

las acciones de enfermería, articulando el conocimiento, las actitudes y las habilidades profesionales (28-30). La utilización del PAE en el cuidado de los pacientes con úlceras redundaría en importantes beneficios para todos los actores del sistema sanitario, dado que este tipo de lesiones vulneran la seguridad de los pacientes, incrementan la carga de trabajo en la enfermería y elevan los costos de atención (12).

En la producción científica analizada se constató la contribución de los profesionales de enfermería al cuidado de las personas con lesiones agudas y crónicas, tomando como referencia las fases de valoración, diagnóstico e intervención del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y con acciones encaminadas principalmente a la prevención y al tratamiento.

Fernández y colaboradores (31) identificaron 30 estudios que aludían a la prevención, prevalencia y tratamiento de las UPP. De acuerdo con los hallazgos reportados, las actividades de prevención se enfocan hacia la evaluación del riesgo mediante escalas predictivas, la elaboración de gráficos que indican las áreas susceptibles de ulcerarse, la identificación de factores de riesgo y la modificación del cuidado con base en las características individuales. A su vez, indican que hay consenso en relación con la provisión de colchones de poliuretano, los cambios de posición, la humectación de la piel con cremas a base de ácidos grasos hiperoxigenados, la nutrición, el manejo de la incontinencia y la creación de un programa educativo para los pacientes crónicos y sus cuidadores.

Así mismo, Bavaresco y Lucena (32) tomaron como punto de partida el diagnóstico de *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* de la taxonomía NANDA-I y validaron las 51 intervenciones existentes en la taxonomía NIC relacionadas con este diagnóstico. Concluyeron que son 9 las intervenciones prioritarias: prevención de UPP, control de la presión, supervisión de la piel, baño, monitorización de signos vitales, cuidados en la incontinencia urinaria, posicionamiento, terapia nutricional y cuidados de la piel con la aplicación de tratamientos tópicos.

Según lo expuesto, queda manifiesto que las acciones de cuidado a las personas con lesiones crónicas se configuran primordialmente a partir de la valoración del riesgo y la clasificación de las úlceras (33), lo que permite la instauración de acciones preventivas, la optimización de recursos y la disminución de complicaciones asociadas al cuidado (17).

Además del diagnóstico de enfermería *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*, es importante analizar otros problemas asociados, como la perfusión tisular periférica ineficaz, dolor, disfunción neurovascular, riesgo de

infección, ansiedad o trastorno de la imagen corporal, los cuales deben ser considerados en la elaboración del Plan de Cuidados (34-37).

Respecto a las intervenciones, la utilización de los ácidos grasos es una estrategia costo-efectiva ideal, con base en su mecanismo de acción y facilidad de aplicación (17). Desafortunadamente, se ha encontrado que en la práctica del cuidado a las personas con alteraciones en la integridad cutánea, la utilización de las nuevas tecnologías —apósitos, superficies, etc.— no son muy conocidas por los profesionales de enfermería. Por lo tanto, éstas no son muy utilizadas en las instituciones, para lo cual es imperativa la socialización de la evidencia científica que contribuya al establecimiento de políticas en el tratamiento de las úlceras en las instituciones de salud (38).

Como estrategia de evaluación para determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería, es importante implementar la utilización de escalas para estimar la evolución del proceso de cicatrización, para lo que herramientas como la escala CODED (39), la escala DESIGN (38) y el índice RESVECH versión 2.0 (40) aportan información relevante.

Conclusión

Después de analizar los artículos encontrados, podemos concluir que los AGHO son una herramienta importante en la prevención de la aparición de lesiones crónicas, además de que permiten el mantenimiento de la integridad cutánea, sobre todo en lesiones tipo UPP en estadio I, donde ya han demostrado ampliamente su efectividad. Aunque en algunos estudios se menciona su uso en otro tipo de lesiones, éstos no son concluyentes y arrojan poca evidencia en lesiones diferentes a las UPP, pero avalan el empleo desde el punto de vista preventivo (41-46).

Según la evidencia de los ensayos clínicos encontrados, podemos decir que los AGHO son una medida preventiva eficaz y eficiente, ya que, si bien no evitan la aparición de lesiones crónicas, sí retrasan su aparición, en especial las lesiones tipo UPP. Después de utilizar la clasificación GRADE podemos decir que los estudios analizados arrojan una calidad de evidencia alta, sobre todo en las lesiones tipo UPP de estadio I y prevención. Con esto podemos concluir que los AGHO deberían hacer parte de las guías, protocolos clínicos y de actuación de enfermería en nuestro contexto (47-50) como una herramienta mucho más efectiva en la atención de pacientes con alguna de estas lesiones.

Así mismo, se requiere continuar avanzando en la generación de evidencia empírica, que contribuya a determinar la efectividad de las acciones de enfermería en esta área, para avanzar en la construcción de la base conceptual que fundamente el ejercicio profesional autónomo y que responda a las situaciones del contexto del cuidado con pertinencia local. En esta construcción, el Proceso de Enfermería y su articulación con las taxonomías juegan un papel fundamental.

Referencias

- (1) Jiménez CE. Curación avanzada de heridas. *Rev Colomb Cir [revista en Internet]*. 2008 [acceso: 30 oct 2014];23(3):146-155. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822008000300004&lng=en
- (2) Gonzáles RV. Gerencia del cuidado: liderazgo de la enfermera en el cuidado de las personas con alteración de los tejidos. *Av Enferm*. 2007;25(1):122-129.
- (3) Moreno EA. Convivir con una úlcera. *Todo Heridas*. 2010;1(1):17-8.
- (4) López AE, García FA, Jareño PC, García JA, García NP. Eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2007;18(4):197-201.
- (5) Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *J Eval Clin Pract*. 2010 Feb;16(1):50-56.
- (6) Candela MD, Martín MA, Solas BG, Fernández CP, Martín MG, Manzanedo LB *et al*. Estudio comparativo de efectividad de dos ácidos grasos hiperoxigenados en el tratamiento de úlceras de grado I en pacientes geriátricos hospitalizados. *Enferm Clín*. 2010;20(1):10-16.
- (7) Carrillo P. Propiedades del aceite de oliva en el mantenimiento de la integridad cutánea. *Seminario Médico*. 2009;61(2):61-90.
- (8) Salcido R, Lee A, Ahn C. Heel pressure ulcers: purple heel and deep tissue injury. *Adv Skin Wound Care*. 2011 Aug;24(8):374-380.
- (9) Segovia TG, Javares TC, Barahona M, Verdú JS. Cuidados en piel perilesional o con riesgo de lesión. *Rev Rol Enferm*. 2007;30(10):43-48.
- (10) Jarillo AS. Estudio aleatorizado sobre la eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en la prevención de lesiones cutáneas. *Reduca*. 2010;2(1):607-628.
- (11) Torra JE, Rueda JL, Segovia TG, Bermejo MM. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados: efectos preventivos y curativos en úlceras por presión. *Rev Rol Enferm*. 2003;26(1):54-61.
- (12) Martínez FC, Pareras GE. La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético. *Gerokomos [revista en Internet]*. 2009 mar [acceso: 06 ene 2013];20(1):41-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000100006&script=sci_arttext
- (13) Verdú J, Marinel J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla J (coords). Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de extremidad inferior. Documento de consenso c.o.n.u.e.i. [conferencia en Internet]. Barcelona: EdikaMed S. L.; 2009 [acceso: 10 ago 2012]. Disponible en: <http://gneaupp.info/conferencia-nacional-de-consenso-sobre-ulceras-de-la-extremidad-inferior/>
- (14) Martínez F, Soldevilla JA, Novillo LM, Segovia T. Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JA, Torra JE, editores. *Atención integral de las heridas crónicas*. Madrid: SPA; 2004.
- (15) Nijs N, Toppets A, Defloor T, Bernaerts K, Milisen K, Van Den Berghe G. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2009 May;18(9):1258-1266.
- (16) Torra JE, Segovia TG, Verdú JS, Nolasco AB, Rueda JL, Arboix MP. The effectiveness of a hiperoxigenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *J Wound Care*. 2005 Mar;14(3):117-121.
- (17) Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Arán R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. *Enferm Clín*. 2001 sep;11(5):179-183.

- (18) Sánchez JP. Efecto de los ácidos grasos hiperoxigenados en la microcirculación de pacientes con pie diabético [tesis magíster]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.
- (19) Manterola CD, Zavando DM. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir [revista en Internet]*. 2009 dic [acceso: 30 oct 2014];61(6):582-595. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0718-40262009000600017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (20) Colin D, Chomard D, Bois C, Saumet JL, Desvaux B, Marie M. An evaluation of hyper-oxygenated fatty acid esters in pressure sore management. *J Wound Care*. 1998 Feb;7(2):71-72.
- (21) Meaume S, Barrois B, Colin D, Bohbot S, Allaert FA. Preventing the occurrence of pressure ulceration in hospitalised elderly patients. *J Wound Care*. 2005 Feb;14(2):78-82.
- (22) Kiechl UK, Berger C, Inzinger R. The effect of daily treatment with an olive oil/lanolin emollient on skin integrity in preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatr Dermatol*. 2008;25(2):174-178.
- (23) Díaz YA, Riveiro AM, González MP. Prevención de úlceras por presión. *Rev Rol Enferm*. 2009;32(5):41-46.
- (24) Vives ES, Colomina MJ, Parreño MC, López PC, Verdú JS. Efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras vasculares: una revisión sistemática. *Gerokomos*. 2011;22(3):122-125.
- (25) Verdú J, Soldevilla J. IPARZINE-SKR study: randomized, double-blind clinical trial of a new topical product versus placebo to prevent pressure ulcers. *Int Wound J*. 2012 Oct;9(5):557-565.
- (26) Fergusson ME. Metodologías para la aplicación del conocimiento teórico de enfermería. *Aquichán [revista en Internet]*. 2012 [acceso: 30 oct 2014];12(2):95-96. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (27) Fawcett J, Desanto SM. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 3rd ed. Philadelphia, P. A: F. A. Davis Company; 2013.
- (28) Ibáñez L, Sarmiento L. El proceso de enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2003.
- (29) Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997.
- (30) Alfaro RL. Aplicación del Proceso Enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- (31) Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Analysis of prevention and treatment of the pressure ulcers proposed by nurses. *Rev Esc Enferm usp*. 2009 Mar;43(1):223-228.
- (32) Bavaresco T, Lucena AF. Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de Úlcera por Presión. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(6):1109-1116.
- (33) Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Vanderwee K. Pressure ulcer prevention, the state of the art: the contribution of Tom Defloor. *Int J Nurs Stud*. 2011 Jul;48(7):787-790.
- (34) Thoroddsen A, Ehnfors M. Nursing specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(2):69-79.
- (35) Scherb CA, Head BJ, Maas ML, Swanson EA, Moorhead S, Reed D *et al*. Most frequent nursing diagnosis, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011;22(1):13-22.
- (36) Herdman TH (ed.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- (37) Marion J. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- (38) Sanada H, Lizaka S, Matsui Y, Furue M, Tachibana T, Nakayama T *et al*. Clinical wound assessment using DESIGN-R total score can predict pressure ulcer healing: pooled analysis from two multicenter cohort studies. *Wound Repair Regen* 2011;19(5):559-567.

- (39) Emparanza JI, Aranegui P, Ruiz MM, Pérez E. A simple severity index for pressure ulcers. *J Wound Care*. 2000 Feb;9(2):86-90.
- (40) Avilés MJ, Sánchez MM (coords.). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas [guía en Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2012 [acceso: 30 oct 2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
- (41) Briggs M, Chronic wounds, non-healing wounds or a possible alternative? *The EWMA Journal* 2010;10(3):21-23.
- (42) National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP/EPUAP/PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide [guide on the Internet]. Perth: Cambridge Media; 2014 [access: 2014 Oct 30]. Available from: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- (43) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey JD (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (44) Manzano FM, Corral CR. Úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos: ¿inevitables o prevenibles? [editorial]. *Med Intensiva* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 30 oct 2014];33(6):267-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000600002&lng=es
- (45) Chacon JM, Blanes L, Hochman B, Ferreira ML. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J*. 2009;127(4):211-215.
- (46) Declair V. The usefulness of topical application of essential fatty acids (EFA) to prevent pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage*. 1997 Jun;43(5):48-54.
- (47) McDermott LS, Cowman S, Gethin G. Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. *J Wound Care*. 2009 Oct;18(10):405-417.
- (48) Tormo VM, Rochina JJ. Emulsión de ácido linoleico sobre la piel perilesional de úlceras venosas. *Rev Rol Enferm*. 2008;31(4):26-32.
- (49) Ferreira AM, Souza BM, Rigotti MA, Loureiro MR. The use of fatty acids in wound care: an integrative review of the Brazilian literature. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2012 Jun [access: 2014 Oct 30];46(3):752-760. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300030&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- (50) Carrasco JM, Dumont EL, Gálvez FR, Gutiérrez MG, Montesinos PS, García MA. Un antes y un después: del riesgo o deterioro de la integridad cutánea a la integridad tisular. *Gerokomos* [revista en Internet]. 2008 sep [acceso: 30 oct 2014];19(3):153-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2008000300007>.

Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil*

Notificación de violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes por profesionales de la salud en Brasil

Notification of domestic violence against children and teens by health professionals in Brazil

• Priscila Arruda da Silva¹ • Valéria Lerch Lunardi² • Juliane Portella Ribeiro³ •
• Adriane M. Netto de Oliveira⁴ • Tânia Cristina Schäfer Vasquez⁵ •

•1• Doutoranda em Enfermagem. Bolsista FAPERGS/CAPEs. Rio Grande do Sul, Brasil. e-mail: patitaarruda@yahoo.com.br

•2• Doutora em Enfermagem. Docente, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutoranda em Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Enfermagem. Docente, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutoranda em Enfermagem. Bolsista CAPES. Rio Grande do Sul, Brasil.

Recibido: 31/10/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.40585>



* Elaborado com base na pesquisa bibliográfica resultante da tese de doutorado em andamento (SILVA, 2011-2015).

Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar as produções científicas acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes notificadas por profissionais de saúde. Trata-se de uma revisão da literatura realizada a partir de artigos, legislações, manuais do Ministério da Saúde, teses, dissertações e livros. Apoiando-se em Foucault, reconhece-se a notificação como uma manifestação de poder e resistência dos profissionais de saúde e, em especial, das enfermeiras, a um problema tão comum em nossa sociedade, causador de grande impacto social, político e econômico, e com alto potencial de comprometimento para a saúde e qualidade de vida das vítimas. As questões examinadas neste estudo podem subsidiar a reflexão dos profissionais sobre sua prática, buscando o enfrentamento da violência de forma a prevenir que o ciclo se reproduza na família.

Descritores: Enfermagem; Violência Doméstica; Defesa da Criança e do Adolescente; Notificação de Abuso (fonte: DECS BIREME).

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo analizar la producción científica sobre la violencia familiar contra los niños y adolescentes reportada por profesionales de la salud. Ésta es una revisión de la literatura realizada a partir de artículos, leyes, manuales del Ministerio de Salud, tesis, disertaciones y libros. Sobre la base de Foucault, se reconoce la notificación como una manifestación de la preocupación y la resistencia de los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, a un problema tan común en nuestra sociedad, causante de un enorme impacto social, político y económico, con alto potencial para el compromiso con la salud y la calidad de vida de las víctimas. Los temas examinados en este estudio pueden apoyar la reflexión de los profesionales sobre su práctica, tratando de hacer frente a la violencia con el fin de evitar que el evento se presente de manera cíclica en la familia.

Descritores: Enfermería; Violencia Doméstica; Defensa del Niño; Notificación Obligatoria (fuente: DECS BIREME).

Abstract

The present study aims to analyze the scientific production about family violence against children and adolescents reported by health professionals. This is a literature review performed from articles, laws, manuals Ministry of Health, theses, dissertations and books drawing on Foucault, recognizes the notification as a manifestation of power and strength and health professionals, especially nurses, to such a common problem in our society, causing enormous social, political and economic impact, and with high potential for commitment to the health and quality of life of the victims. The issues examined in this study can support the professionals' reflection on their practice, seeking to deal with violence in order to prevent the cycle play in the family.

Descriptors: Nursing; Domestic Violence; Child Advocacy; Mandatory Reporting (source: DECS BIREME).

Introdução

Os estudos sobre a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes têm suscitado entre os profissionais que se dedicam a sua investigação, diversas abordagens e perspectivas de interpretação, mostrando a complexidade e amplitude desse fenômeno, tão presente na sociedade. Duas linhas de pesquisa têm sido estruturadas na tentativa de analisar o processo de notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: a que a considera como um dilema ético aos profissionais, pelas suas repercussões para si e para a vítima, o que tem levado a muitos deixarem de notificar casos suspeitos de violência (1-6), e outra vertente que procura analisar a notificação a partir de seu aspecto positivo, avaliando-a como um movimento que busca interromper o ciclo de violência e como um compromisso em zelar pela proteção de crianças e adolescentes (7-10).

Grande parte dos estudos sobre essa temática, realizados por pesquisadores da enfermagem e demais profissionais de saúde, tem se orientado na primeira linha de investigação, na busca de respostas para justificar o não envolvimento de profissionais na notificação, mesmo reconhecendo que a violência pode acontecer de forma rotineira na vida das pessoas e o seu dever em notificá-la, ainda que se trate apenas de uma suspeita de violência (11, 12). Nesse estudo, será adotada a segunda linha de investigação que reconhece a notificação como uma manifestação de resistência dos profissionais a um problema tão comum em nossa sociedade, causador de grande impacto social, político e econômico, e com alto potencial de comprometimento para a saúde e qualidade de vida das vítimas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes manifesta-se como toda ação e/ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes. É uma relação interpessoal, assimétrica e hierárquica de dominação, exploração e opressão de um adulto sobre uma criança, ou seja, uma relação em que o forte domina o fraco (13). Para Foucault, “as relações de dominação podem ser entendidas como uma relação de violência que age sobre um corpo, ela força, ela submete, ela destrói, ela fecha todas as possibilidades, não tem, portanto junto a si, outro pólo, senão aquele da passividade” (14).

A violência ocorre quando diferenças são transformadas em desigualdades, em que uma das partes assume a condição de superioridade e estabelece uma relação de dominação versus submissão. Assim, se expressa em

uma condição em que o ser humano não é considerado como sujeito, mas sim como coisa, objeto (15). Foucault refere que, diferentemente, uma relação de poder “se articula sobre dois elementos que lhes são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que ‘o outro’—aquele sobre o qual ela se exerce— seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação e que se abra diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (14). Desse modo, o poder deve ser entendido de um modo relacional, é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas uma ação sobre a ação dos outros (14).

Aplicado a este estudo, Foucault ajuda a compreender como o poder se exerce nas relações cotidianas, ou seja, como relações de poder podem ser exercidas pelas enfermeiras e demais profissionais de saúde em relação ao agressor, mediante a notificação da violência aos órgãos de proteção.

Crianças e adolescentes comumente encontram-se em uma condição de extrema vulnerabilidade, por conviverem com um adulto que as violenta, porém a quem amam e por quem precisam ser amadas. Essa condição lhes nega o direito de liberdade, dignidade, respeito e a oportunidade de crescer e desenvolver-se de maneira saudável (16, 17). O silêncio muitas vezes se faz presente, não permitindo uma elaboração e nem o enfrentamento da situação, pois ameaças e sedução dos agressores são manifestadas em busca do silêncio das vítimas e da manutenção do ciclo de violência. Assim, na condição de dominados, crianças e adolescentes internalizam uma visão de si, a partir da visão que o sujeito dominante lhes impõe (18, 19).

Desse modo, as vítimas comumente não expõem a agressão sofrida, por medo, vergonha ou por se sentirem culpadas. Entretanto, há aqueles que manifestam, de modo verbal ou não, seu sofrimento, na expectativa de que essa confiança possa lhes abrir um caminho para a saída dessa situação. Cabe então aos profissionais assumirem a responsabilidade de proteger as vítimas e romper com o silêncio (20). Nesse sentido, as instituições de saúde são consideradas como espaços de proteção à criança e ao adolescente e de revelação da violência a que possam estar submetidas (21, 22).

Considera-se, então, que as enfermeiras e os profissionais da saúde em geral, estão em uma posição estratégica para identificar os fatores de risco para a violência e as possíveis vítimas de violência intrafamiliar, procedendo às notificações, uma vez que as famílias são os que mais buscam os serviços de saúde em decorrência de danos físicos, mentais ou emocionais causados pela violência (23, 24).

Embora o motivo da busca por atendimento, em geral, seja mascarado por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico de vítima de violência, é importante não perder de vista que, em tais ocasiões, os profissionais precisam estar atentos para não limitar sua atuação ao tratamento clínico e sintomático dos traumas e lesões resultantes desses problemas. Especialmente, é preciso ter claro que essas crianças e adolescentes, após deixarem o local de atendimento, retornam aos ambientes onde as relações, as práticas e os comportamentos permanecem agressivos (25, 26).

Considerando-se a necessidade da notificação da violência intrafamiliar pelos profissionais de saúde e de sua relevância para o enfrentamento do problema, tem-se como objetivo analisar as produções científicas disponíveis em bases de dados *online* sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes notificadas por profissionais de saúde.

Método

Trata-se de uma revisão da literatura realizada a partir de artigos, legislações, manuais do Ministério da Saúde, teses, dissertações e livros. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e na biblioteca virtual da scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEF (*Base de Dados de Enfermagem*). Para a busca de tais artigos utilizaram-se como descritores as seguintes combinações: *Violência Doméstica e Enfermagem*; *Profissionais de Saúde e Notificação de Abuso*, realizadas em 2013. Após a leitura procedeu-se a análise descritiva e de conteúdo da mesma. Foram incluídos todos os artigos que estivessem relacionados ao tema da pesquisa.

Resultados

Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes notificadas por profissionais de saúde

Dispositivos legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), mencionam a responsabilidade dos profissionais de saúde e instituições de comunicar os casos de violência que tiverem conhecimento, prevenindo, em seu Art. 245, penalidades para médicos, profes-

sores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixem de comunicar os casos suspeitos ou confirmados (27).

Considerada como uma das importantes conquistas para a sociedade e para crianças e adolescentes vítimas de violência, a aplicação dessa lei aponta novos mecanismos que possibilitam um maior encorajamento das vítimas para denunciarem qualquer tipo de violência por elas sofrida e até mesmo determinar a obrigatoriedade dos cidadãos de notificar aos órgãos de proteção qualquer suspeita ou confirmação de violência (27). A violência, entretanto, apresenta um forte componente cultural, dificilmente superável apenas pela aprovação de leis e normas, uma vez que envolve costumes, hábitos e atitudes, ou seja, a necessidade de uma transformação cultural (15).

A lei, para Foucault, é concebida como uma composição, organização, gestão e controle de diferentes *ilegalismos*, desejados, inventados, permitidos, tolerados ou proibidos: “A lei não é nem um estado de paz, nem o resultado de uma guerra ganha: ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato, exatamente como o poder não é uma propriedade adquirida pela classe dominante, mas um exercício atual de sua estratégia” (28).

Assim, a decisão de notificar não se restringe às determinações legais, mas sim, às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços de saúde, que, na sua maioria, são deficientes, segundo tem se destacado na literatura nacional e internacional, constituindo-se em um dos principais desafios dos trabalhadores da área da saúde para realizar a notificação (1, 7, 20, 29-32).

Destaca-se, ainda, que a problemática da violência é um grande desafio, que exige o comprometimento das instituições formadoras e qualificadoras, no preparo dos profissionais em relação a esse fenômeno, com o objetivo de responder a uma demanda que cresce a cada dia; da mesma forma, requer o comprometimento daqueles que estão nos serviços de retaguarda —Polícia Civil, Conselho Tutelar, Delegacia da Criança e do Adolescente, Juizado da Infância e da Juventude— que devem exercer o poder de proteção às vítimas, assim como da sociedade (33).

No entanto, é preciso que profissionais de saúde, trabalhadores das diversas áreas do conhecimento, pessoas da comunidade, unam-se em prol de um objetivo comum: “a luta contra a violência”, participando ativamente das campanhas nacionais e internacionais, inserindo-se nos Conselhos de Saúde, ocupando espaços que possibilitem efetivar propostas contra a violência, alian-

do-se ao poder judiciário (34). Enfim, mostra-se necessário ocupar espaços políticos e sociais que lhes permitam criar estratégias de promoção do desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes, com redução da incidência da violência (35).

Presente na vida cotidiana, a violência é considerada um problema cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a sofre, mas também de quem a presencia (36). Os sentimentos de incerteza, raiva, projeção, ansiedade e impotência que surgem diante de uma situação que envolve violência contra crianças e adolescentes, assim como o medo de represália por parte dos agressores, falta de conhecimento sobre a notificação, ausência de mecanismos legais de proteção ao denunciante e notificação infundada são algumas dificuldades encontradas na literatura para justificar o não envolvimento dos profissionais em uma determinada situação de violência, o que parece estar relacionado a um mecanismo de defesa do ser humano, de modo a amortizar seus próprios sentimentos (37-39).

Lima *et al.* (31) identificaram um perfil dos profissionais que, ao vivenciarem uma situação de suspeita de violência contra crianças e adolescentes, já realizaram notificação aos órgãos de proteção, a saber: são profissionais do sexo feminino, com filhos, experiência profissional de seis anos ou mais e capacitação prévia na temática.

Um estudo desenvolvido por Silva (4), com 107 profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Olinda, apontou que 86% dos profissionais entrevistados já suspeitaram de violência física, sexual, psicológica e negligência, mas somente 36,4% desses notificaram o caso. Apesar da subnotificação ainda ser considerada como uma limitação séria quando se trata de violência contra crianças e adolescentes, avanços têm ocorrido no sentido de mobilizar os profissionais a lidar melhor com o tema e a realizar a notificação. Assim, poderia se questionar acerca das estratégias construídas pelos profissionais que representam o percentual de 36,4%, de modo a terem alcançado êxito na notificação da violência.

O estudo revelou, também, que os mais propícios a denunciar são os profissionais com pós-graduação em Saúde Coletiva; que já sofreram, pessoalmente, alguma violência; participaram de capacitação sobre o assunto; conhecem o eca e a obrigatoriedade de notificação. Ainda, foi constatado que profissionais que já testemunharam alguma situação de violência na comunidade apresentam oito vezes mais chances de denunciar uma agressão em relação a quem nunca vivenciou tal situação. Os profissionais que defendem a obrigatoriedade dos profissionais de saúde de notificar situações de violência o fazem 18 vezes mais do

que os demais, ou seja, quanto mais conscientes acerca do papel que devem desempenhar, maiores são as chances de notificarem um caso de violência contra crianças ou adolescentes (4).

Lane e Dubowitz (1) afirmam que a experiência prática clínica é fundamental para o desenvolvimento das competências e de confiança para a realização de avaliações e, conseqüentemente, da notificação. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde, através de cursos de educação continuada, deve fazer parte da rotina desses trabalhadores em busca de um melhor preparo e conseqüentemente de mudanças de discursos, crenças e atitudes em relação à violência.

A Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde têm investido na capacitação e sensibilização dos profissionais sobre a importância desse registro. Como resultado dessas medidas, no Brasil, o número de notificações de violência contra crianças e adolescentes com até 19 anos, por profissionais de saúde, mais que triplicou em três anos, passando de 18 570 em 2009, para 67 097 em 2012 (40).

No Rio Grande do Sul, de acordo com o Disque Direitos Humanos —disque 100— (41) comparando-se o primeiro quadrimestre de 2011 com o primeiro quadrimestre de 2012, houve um aumento de 68,6% no número de denúncias de violência contra crianças e adolescentes, passando de 896 casos em 2011 para 1511 em 2012. Em Rio Grande/RS, segundo o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), foram notificados, em 2009, 61 casos de violência contra crianças e adolescentes. Já, em 2010, esse número chegou a 90 casos notificados, evidenciando-se, também, um aumento significativo de registros de violência.

O município do Rio Grande possui uma rede de serviços, incluindo órgãos especializados, grupos e ONG's de apoio às famílias. Entretanto, identificam-se falhas nessa rede, possibilitando caracterizá-la como não suficientemente organizada, tais como, inexistência de Delegacias Especializadas da Criança e do Adolescente (DECA), de capacitação profissional para a notificação da violência, de políticas públicas como Programa de Ações Integradas Referenciais de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro (PAIR) e, principalmente, de uma articulação entre os serviços oferecidos. Tais fragilidades propiciam um déficit na qualidade do atendimento prestado à população, inserindo a família em um ciclo de violência sem suficiente resolutividade, o que agrava ainda mais as suas conseqüências (33).

A falta de uma rede de atendimento organizada permite trazer à tona um problema que acontece no cotidiano de muitas vítimas, o que pode colaborar para que

o silêncio se sobreponha à revelação da violência (42, 43). As famílias, muitas vezes, são ignoradas e julgadas de forma discriminada, podendo ter a veracidade das suas informações questionada, pelos policiais que as atendem, como em Delegacias de Pronto Atendimento (DPPA), que não se caracterizam por oferecer um atendimento especializado, constituindo-se, também, em locais impróprios para crianças e adolescentes.

Esses fatores têm dificultado a condução dos casos e a tomada de decisão de ações futuras, destacando-se que a desarticulação e a deficiência da rede de assistência à violência, no Brasil, tem se apresentado como um entrave no processo de notificação (3, 33, 44, 45). Desse modo, tais obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde na execução de uma assistência eficaz a crianças e adolescentes vítimas de violência, constituem uma condição que contribui para manter a invisibilidade desse fenômeno (18).

O setor saúde, ainda, mostra-se fragilizado para lidar com essa demanda. Entende-se que os documentos oficiais relacionados à violência estão postos à sociedade, porém sem uma ampla e suficiente discussão e mobilização dos protagonistas, favorecendo a manutenção de possíveis barreiras no ato de notificar, encaminhar e acompanhar os casos (46, 47). Existe um movimento do Ministério da Saúde no sentido de aprovar leis, portarias e decretos relacionados à violência, entretanto, não basta somente sua aprovação, se a rede de proteção à violência mostra-se desarticulada, com falta de insumos e estratégias, fragilidade do conhecimento e gestão ineficiente nessa esfera de combate à violência (48, 49).

Há que se destacar que, comparado a outros países, a obrigatoriedade da notificação da violência é recente no cenário brasileiro. Nos Estados Unidos, desde o final da década de 1970, todo o território americano já havia estabelecido a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes, apesar dessa ação não seguir uma padronização, variando de acordo com as leis e políticas específicas de cada estado. Ainda, em diferentes países, sites específicos são disponibilizados para orientar os profissionais sobre como acessar a legislação e outros recursos de informações obrigatórias (31).

Nesse sentido, cabe ressaltar, também, que a prática de notificação ainda está desigualmente implantada no Brasil. Pouco se conhece sobre o contexto político e institucional e os padrões adotados para a sua efetiva operacionalização nos diferentes estados. Também não se conhece amplamente seus fluxos e qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória realizada pelos profissionais de saúde (31, 50).

Conclusão

Inúmeros problemas são detectados na literatura acerca do tema notificação da violência. A maioria está direcionada ao relato dos profissionais em relação às dificuldades enfrentadas para proceder à notificação e aos motivos apresentados pelos profissionais de saúde para não notificar os casos de violência. Destaca-se, assim, uma lacuna na produção do conhecimento, uma vez que os estudos não contemplam suficientemente os casos exitosos de notificação e as estratégias utilizadas para o alcance desse êxito, especialmente quando a rede de atendimento não se mostra suficientemente organizada, de modo a que tais experiências de sucesso possam ser socializadas, conhecidas e reproduzidas. Assim, as notificações exitosas caracterizariam como exercício de poder dos profissionais e um ato de resistência a violência. Nesse sentido, é possível questionar: *será que a não notificação é a dificuldade do exercício de poder dos profissionais?*

Referências

- (1) Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl.* 2009;33(2):76-83.
- (2) Ristum M. A violência doméstica contra crianças e as implicações da escola: *school implications*. *Temas Psicol.* 2010;18(1):231-242.
- (3) Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc.* 2011;20(1):147-155.
- (4) Silva JL. Entre as amarras do medo e o dever sócio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária [dissertação mestrado]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); 2012.
- (5) Alrimawi I, Saifan AR, Aburuz M. Barriers to child abuse identification and reporting. *J. Applied Sci* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 21 ago 2013];14(21):2793-2803. Disponível em: <http://scialert.net/qredirect.php?doi=-jas.2014.2793.2803&linkid=pdf>

- (6) Davies E, Mathews B, Read J. Mandatory reporting? Issues to consider when developing legislation and policy to improve discovery of child abuse. *IALS Student Law Review* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 21 ago 2013];2(1 Esp):9-28. Disponível em: <http://sas-space.sas.ac.uk/5751/1/2110-3087-1-SM.pdf>
- (7) Cross TP, Mathews B, Tonmyr L, Scott D, Oumet C. Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence. *Child Abuse Negl.* 2012 Mar;36(3):210-216.
- (8) Wekerle C. Resilience in the context of child maltreatment: connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse Negl.* 2013;37(2-3):93-101.
- (9) Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Alldred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse Negl.* 2013;37(2-3):102-109.
- (10) Monteiro EM, Neto WB, Gomes IM, Freitas RB, Brady CL, Moraes MU. Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio. *Rev Rene.* 2009;10(3):107-116.
- (11) Lima MC, Costa MC, Bigras M, Santana MA, Alves TD, Nascimento OC *et al.* Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;35(Supl 1):118-137.
- (12) Moreira GA, Vieira LJ, Deslandes SF, Pordus MA, Gama IS, Brilhante AV. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(10): 4267-4276.
- (13) Organização Mundial da Saúde (oms). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde (oms); 2002.
- (14) Foucault M. O sujeito e o poder. Em: Dreyfus H, Rabinow P, editores. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. pp. 231-249.
- (15) Alberton MS. Violação da infância: crimes abomináveis: humilham, machucam, torturam e matam! Porto Alegre: AGE; 2005.
- (16) Pesce R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(2):507-518.
- (17) Ferreira AL. A criança vítima de violência. *Rev Pediatría SOBERJ.* 2012;13(2):4-9.
- (18) Silva MA, Ferriani MG. Violência doméstica do visível ao invisível. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(2):275-281.
- (19) Santos SS, Dell'Aglio DD. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicol Soc.* 2010;22(2):328-335.
- (20) Silva PA, Lunardi VL, Silva MR, Lunardi WD. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saúde.* 2009;8(1):56-62.
- (21) Cocco M, Silva EB, Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde nas instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(3):491-497.
- (22) Ribeiro JP, Silva MR, Cezar MR, Silva PA, Silva BT. The protection of children and adolescents from violence: an analysis of public policies and their relationship with the health sector. *Invest Educ Enferm.* 2013;31(1):133-141.
- (23) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 2002.
- (24) Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Oliveira AM, Vasquez TC. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise reflexiva sobre as dificuldades e a atuação da enfermagem. *Rev Enf UFPE.* 2014;8(7 Supl):2498-2506.
- (25) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica, N° 8. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- (26) Gabatz RI, Padoin SM, Neves ET, Schwartz E, Lima JF. A violência intrafamiliar contra a

criança e o mito do amor materno: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm ufsm*. 2013;3(Esp):563-572.

(27) Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3rd. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

(28) Deleuze G, Foucault. 2nd Ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1991.

(29) Alvarez KM, Donohue B, Carperter A, Romero V, Allen D, Cross C. Development and preliminary evaluation of a training method to assist professionals in reporting suspected child maltreatment. *Child Maltreatment*. 2010 Aug;15(3):211-218.

(30) Luna GL, Ferreira RC, Vieira LJ. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-491.

(31) Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(38):819-832.

(32) Levi BH, Crowell K. Child abuse experts disagree about the threshold for mandated reporting. *Clin Pediatr*. 2011;50(4):321-329.

(33) Ribeiro JP. Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar [dissertação mestrado]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2011.

(34) Ávila JÁ, Oliveira AM, Silva PA. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. *Av Enferm*. 2012;30(2):47-55.

(35) Moreira GA, Vieira LJ, Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10): 4267-4276.

(36) Minayo MC. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. Em: Souza ER, Minayo MC, editores. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. pp. 9-42.

(37) Kulik E, Fleiter M, Batista R. A intervenção do enfermeiro na violência intrafamiliar físi-

ca contra crianças e adolescentes. *Webartigos [artigo na Internet]*. 2011 Nov [acesso: 21 Ago 2013];2011:1-23. Disponível em: <http://www.corenpr.gov.br/files/file-497049458.pdf>

(38) Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010 Feb;47(2):146-153.

(39) Bernez IM, Coelho EB, Lindner SR. Desafio da violência doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. *Sau Transf Soc*. 2012;3(3):105-111.

(40) Agência Brasil [sede web]. Brasília DF: Lílian Beraldo; c2013 [atualizado: 2013 Mar 16; acesso: 2013 Ago 22] Medo de represália leva profissionais de saúde a deixar de denunciar casos suspeitos de violência contra crianças [aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-03-16/medo-de-represalia-leva-profissionais-de-saude-deixar-de-denunciar-casos-suspeitos-de-violencia-contr>

(41) Bernardes LF, Moreira MI. Metodologia de intervenção do disque 100: perspectivas e desafios. Em: Souza SM, Moreira MI, editores. *Quebrando o silêncio: disque 100: estudo sobre a denúncia de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília. Secretaria de Direitos Humanos-SDH/PR. Goiânia: Cànome Editorial; 2013. pp. 149-159.

(42) Moraes CA. Violência doméstica contra a criança e rede de proteção social: uma análise sobre articulação em rede. *Serv Soc Rev*. 2012;14(2):119-144.

(43) Souza RG, Santos DV. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. *Physis*. 2013;23(3):783-800.

(44) Nunes CB, Sarti CA, Ohana CV. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(Esp):903-908.

(45) Deslandes SF, Mendes CH, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(3):865-874.

(46) Martins CB, Jorge MH. Child abuse: a review of the history and protection policies. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):423-428.

(47) Seger AC, Caldart P, Grossi PK. Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: desafios para o Serviço Social. *Textos Contextos.* 2010;9(1):118-131.

(48) Ferreira JA. Percepções dos profissionais da estratégia saúde da família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes [dissertação mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2010.

(49) Pereira AS. Ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes desenvolvida pelo setor saúde da região metropolitana de Fortaleza [dissertação mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2010.

(50) Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(9):2305-2317.

Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres

Sistemas padronizados de linguagem da enfermagem em sessão pôster

Standard System of nursing language in poster session

• Karolina Vitorelli Diniz Lima Fagundes¹ • Lucélia Terra Jonas² • Nathália Chantal Magalhães da Silva³ • Ana Mariele de Souza⁴ • Marina Bortoletto Cossulin⁵ • Maria Angélica Mendes⁶

•1• Magíster en Enfermería. Minas Gerais, Brasil. E-mail: karolvitorelli@yahoo.com.br

•2• Magíster en Enfermería. Minas Gerais, Brasil.

•3• Magíster en Enfermería. Minas Gerais, Brasil.

•4• Enfermera. Minas Gerais, Brasil.

•5• Enfermera. Minas Gerais, Brasil.

•6• Doctora en Ciencias. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Minas Gerais, Brasil.

Recibido: 06/02/2013 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.36942>



Resumen

Este trabajo reflexiona sobre la experiencia vivida en la asignatura *Fundamentos de Enfermería* de una institución pública del Brasil, en la cual se emplea la Sección de Pósteres Científicos como una estrategia de enseñanza y aprendizaje. El abordaje se presentó por la constante discusión acerca de los problemas en las estrategias de enseñanza, así como por la necesidad de innovaciones en esta área. El objetivo de este estudio fue reportar la experiencia vivida por docentes de una institución pública de la región sur del Estado de Minas Gerais, en Brasil, con la aplicación de una innovadora técnica didáctica, direccionada a alumnos de cuarto semestre de la Carrera de Enfermería. El propósito se alcanzó mediante la realización de un reporte de caso. La evaluación de la estrategia ha comprobado un alto índice de aceptación de la Sección de Pósteres por parte de los estudiantes, quienes afirmaron que se evidenció el estímulo hacia el trabajo en equipo, la mejora en la comunicación en grupos, la preparación para presentaciones en eventos y la producción de publicaciones como sus principales beneficios.

Descriptor: Educación en Enfermería; Estudios de Casos; Diagnóstico de Enfermería (fuente: DESC BIREME).

Resumo

O presente trabalho contempla a experiência vivida na disciplina de Fundamentos de Enfermagem ao utilizar a Sessão Pôster como estratégia de ensino aprendizagem. Tal abordagem se impõe devido à constante discussão acerca dos problemas nas estratégias de ensino, bem como pela necessidade de inovações nesse campo. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivida por docentes de uma Instituição Pública da região Sul de Minas Gerais, Brasil, com a aplicação de uma técnica de ensino inovadora, direcionada a alunos do quarto semestre da graduação em enfermagem. Esse intento foi alcançado mediante a elaboração de um relato de caso. A análise da estratégia comprovou alto índice de aceitação da Sessão Pôster pelos discentes, que alegaram estímulo ao trabalho em equipe, aprimoramento da comunicação em grupo, preparo para apresentações em eventos e produção de publicações como principais qualidades do método.

Descritores: Educação em Enfermagem; Estudos de Casos; Diagnóstico de Enfermagem (fonte: DESC BIREME).

Abstract

This paper discusses the use of a poster session as a teaching strategy in a *Nursing Fundamentals* class. Motivation for this research was the constant discussion on teaching strategies that arise in the field. The aim of this study was to report the results of application of this innovative teaching technique in a college in south of Minas Gerais State, Brazil, with students from fourth semester of undergraduate nursing school. Results showed a high satisfaction rate by students with the method. They pointed out positive outcomes such as stimulating teamwork, improving group communication, enhancing preparation for presentations at events and providing opportunity to produce papers.

Descriptors: Education, Nursing; Case Studies; Nursing Diagnosis (source: DESC BIREME).

Introducción

El objeto de interés de este estudio fue la idea de implementación de una estrategia de enseñanza y aprendizaje en enfermería: Sección de Pósteres en el ámbito de los estudios clínicos con el uso de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje.

Las clasificaciones de la enfermería tienen origen en esos sistemas y fueron desarrolladas con el objetivo de separar, codificar y ordenar los fenómenos útiles en salud, direccionado alumnos y enfermeros a considerar posibilidades y descripciones estudiadas y establecidas previamente (1, 2). Las clasificaciones *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)* (3), *Nursing Interventions Classification (NIC)* (4) y la *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5) son utilizadas también en el proceso de enfermería como apoyo a la identificación de los diagnósticos de enfermería (DE), de los resultados y de las intervenciones, además de permitir juicios clínicos más asertivos.

Estas clasificaciones favorecen la distinción entre la enfermería y el modelo biomédico y promueven el desempeño del papel clínico del enfermero, fundamentado en las respuestas de los pacientes al proceso de salud-enfermedad y a las etapas del ciclo vital. El uso y el desarrollo de una clasificación o de un sistema estandarizado de lenguaje permite la identificación de los elementos centrales a una ciencia y el estímulo al desarrollo de más estudios sobre ésta (6, 7).

Frente a la relevancia de los sistemas de lenguaje en enfermería, nuevas perspectivas sobre métodos de transición de saberes han sido adoptadas por los docentes, entre las que se pretende el rompimiento de la dicotomía entre *teoría* y *práctica* y el uso de la comunicación, de las relaciones interpersonales, del pensamiento crítico y del raciocinio clínico, diagnóstico y terapéutico (8, 9). Estas concepciones actúan como hilo conductor para que las estrategias pedagógicas diferenciadas sean desarrolladas y aplicadas, adecuándose a la realidad social e institucional, a las perspectivas de las asignaturas y a las necesidades de profesores y alumnos.

La expresión *raciocinio clínico* se emplea para referirse a los procesos mentales implicados en la asistencia a la persona y a la familia (10). En otras palabras: el término se aplica a los procesos mediante los cuales la enfermera promueve los juicios clínicos, incluyendo la generación de hipótesis o las alternativas de los diagnósticos e intervenciones de enfermería y la elección de la más asertiva (11). La efectiva habilidad del raciocinio clínico de la enfermera tiene un impacto positivo sobre los resultados obtenidos por el paciente.

Por otro lado, las dificultades de la enfermera para identificar las respuestas del paciente e intervenir están relacionadas con la restricción en las habilidades del raciocinio clínico (12, 13). Esto puede ser entendido como un proceso complejo que usa la cognición, la metacognición y el conocimiento específico de la disciplina profesional para reunir y analizar los datos de los pacientes, evaluar su importancia para la enfermería y considerar las alternativas de intervención (14).

Aprender a pensar y a razonar clínicamente es una actividad compleja y es fundamental en el contexto de toma de decisiones, ya que las intervenciones clínicas exigen que el profesional de enfermería emplee el raciocinio de modo que las decisiones tomadas sean las más precisas. Mejorar las estrategias de enseñanza para promover en el futuro profesional de enfermería el pensar críticamente es considerado una cuestión importante de enseñanza y aprendizaje, además de ser un reto para los formadores (15). Así mismo, estos formadores buscan profundizar el conocimiento del pensamiento y raciocinio clínico con el fin de desarrollar en los estudiantes la capacidad de análisis, interpretación, síntesis y toma de decisiones en el alcance de las competencias clínicas, que a su vez puedan favorecer la práctica de enfermería.

De esta manera, una de las estrategias utilizadas en la enseñanza de la práctica de enfermería es el *estudio clínico*. En él ocurre la exploración de una situación por medio de una evaluación clínica detallada, la cual fundamenta el proceso de raciocinio diagnóstico y terapéutico con toma de decisiones más asertivas. Tal estudio proporciona al discente la oportunidad de vivir una situación real, admitiendo discusiones sobre diagnósticos de enfermería (DE) y planeamientos asistenciales. En este sentido, esta estrategia promueve la asimilación de conocimientos teóricos prácticos y amplía el entendimiento de los estudiantes con relación a las necesidades de salud de la persona y la familia (16).

En el presente estudio, la docente titular asoció el estudio clínico a la Sección de Pósteres como una estrategia innovadora de enseñanza y aprendizaje de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje en la Enfermería. La relevancia de este reporte de caso se encuentra en los cuestionamientos acerca de las estrategias de enseñanza y aprendizaje en las clasificaciones de enfermería. En este contexto, descubrir, explorar y extraer lecciones de prácticas positivas de evaluación significa buscar la superación de situaciones problemáticas relacionadas con la educación, objetivando diferentes metodologías de enseñanza y de evaluación que valoricen la formación, el crecimiento y el desarrollo de los alumnos (17, 18).

Por consiguiente, este estudio tuvo como objetivo reportar la experiencia de docentes en el uso de la Sec-

ción de Pósteres en la enseñanza y aprendizaje del proceso y del Lenguaje Estandarizado de la enfermería, de acuerdo con la NANDA-I, NIC y NOC.

Desarrollo de la estrategia de enseñanza y aprendizaje

Considerando los paradigmas de enseñanza, los docentes de la asignatura *Fundamentos de Enfermería* en la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Alfenas (EEUNIFAL-MG) buscaron formas de facilitar el aprendizaje de sus alumnos. Con este propósito, se desarrolló un modelo de Sección de Pósteres después de la elaboración de un estudio clínico implementado por medio del proceso de enfermería y de los sistemas estandarizados de lenguaje NANDA-I, NIC y NOC.

La asignatura *Fundamentos de Enfermería*

La asignatura *Fundamentos de Enfermería* de la EEUNIFAL-MG —así como otras asignaturas de contenidos prácticos que son instrumentalizadas por los académicos— aborda modelos y teorías de enfermería, además del proceso de enfermería como fundamento metodológico para la práctica del enfermero con énfasis en el DE. El objetivo es identificar y aplicar elementos conceptuales e instrumentales a la metodología asistencial de enfermería.

Fundamentos de Enfermería contempla contenidos teóricos y actividades prácticas. La primera unidad abarca las bases teóricas y conceptuales de la Ciencia de la Enfermería, con los siguientes referenciales teóricos (19): *Ambiental, Necesidades humanas básicas, Transcultural, Cuidado transpersonal, Déficit de autocuidado y Adaptación clínica*. Con relación a este contenido, son adoptados métodos interactivos y lúdicos, pues los alumnos son estimulados a desarrollar estas teorías realizando escenas teatrales. Las siguientes unidades ocurren en un esquema de clases teóricas y actividades prácticas, las cuales se desarrollan respectivamente en la Facultad de Enfermería y en la institución hospitalaria vinculada a la universidad.

En las siguientes unidades hay una discusión teórica sobre cada etapa del proceso con las Clasificaciones de Enfermería y enseguida se presenta la implementación de

cada una de ellas, es decir: la evaluación clínica del paciente —o DE— y el planeamiento de asistencia de enfermería. Las etapas finales de implementación de las intervenciones de enfermería y la evaluación de los resultados son tratadas, en este momento, solamente de forma teórica, dejando las actividades prácticas para ser realizadas en las asignaturas posteriores, considerando el aumento de la complejidad del proceso de enseñanza-aprendizaje en los semestres posteriores en la carrera de enfermería.

Con relación a las actividades prácticas para favorecer la atención individualizada de los discentes, éstos son organizados en grupos menores de seis estudiantes y las acciones ocurren por las tardes, con duración de cuatro horas semanales.

Después de presentar la configuración de la asignatura *Fundamentos de Enfermería*, el desarrollo de la experiencia de los estudios clínicos y de la Sección de Pósteres del 2011 será expuesto en el próximo apartado.

Actividades prácticas

En el primer encuentro dedicado a las actividades prácticas, ya en la institución hospitalaria vinculada a la universidad, se desarrolló una dinámica en la cual cada alumno expuso sus expectativas sobre ese momento de iniciación de las actividades prácticas, con el objetivo de proporcionar una integración del grupo. Acto seguido, los alumnos fueron presentados a los profesionales y luego se generó una discusión acerca de las normas institucionales y los aspectos éticos, en virtud de la conducción armoniosa de las actividades.

El instrumento de evaluación clínica a ser adoptado se dio a conocer en este día, fundamentado en los *Patrones funcionales* de Margory Gordon, que incluyen percepción y control de la salud, nutricional-metabólico, de eliminación, cognitivo-perceptual, de autopercepción y autoconcepto, de desempeño de funciones y relaciones, sexual y reproductivo, de respuesta y tolerancia al estrés, de creencias y valores, de actividades y ejercicio y patrón de sueño y descanso (20). La opción por los patrones funcionales se justifica por el favorecimiento que éstos proporcionan en la identificación de las respuestas del paciente al proceso de salud-enfermedad o a las etapas del ciclo vital, además de facilitar la interconexión con las clasificaciones NANDA-I, NIC y NOC.

La evaluación física céfalo-caudal fue segmentada en cada clase semanal. Ésta se inicia por la cabeza y la región cervical, después, tórax y senos; posteriormente, el abdomen, seguido por los miembros superiores e inferiores. La prime-

ra hora de cada encuentro estuvo destinada a revisar las prácticas de la evaluación física que sería añadida. Conforme la demanda de la institución de salud, la evaluación física del paciente fue realizada por un alumno o por una pareja. Tanto el desarrollo del potencial terapéutico del alumno con relación al paciente como el abordaje del mismo eran aspectos provocados y analizados por las docentes.

Al final de las actividades diarias, el grupo se reunía con los profesores para hacer un debate acerca de los eventos vivenciados y formular cuestionamientos. Las informaciones se obtuvieron por medio de la entrevista con el paciente y sus familiares, la evaluación física y el expediente clínico, las cuales deberían ser organizadas por el alumno en un informe que tuviera también un estudio de las consideraciones generales del diagnóstico médico, fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento, así como las medicaciones prescritas, constanding el nombre genérico, el mecanismo de acción, las indicaciones terapéuticas, las reacciones comunes y la bibliografía utilizada. El estudio del diagnóstico y de la prescripción médica tenía como propósito favorecer la asociación de estos datos a las respuestas del paciente, desarrollando en los discentes el raciocinio clínico y ampliando sus conocimientos.

Estos informes deberían ser entregados en la clase siguiente para que las docentes y los monitores los corrigieran y devolvieran a los alumnos tras orientarlos. Cuando el contenido relacionado a los DE fue presentado en las clases teóricas, se les solicitó a los alumnos que destacaran en sus informes algunos aspectos que pudieran ser considerados fuera de los patrones de normalidad o que representaran situaciones en las que la enfermería pudiera intervenir. A partir de esta práctica, se buscaban los DE que respondían a estas situaciones, así como intervenciones correspondientes y resultados esperados respectivamente y avalados en las consultas al NANDA-I, NIC y NOC.

Elaboración del estudio clínico

Cuando las actividades prácticas semestrales fueron finalizadas, el último encuentro fue destinado exclusivamente a abordar un paciente para subsidiar la elaboración del estudio clínico. Vale resaltar que antes de iniciar la evaluación clínica se le brindó claridad al paciente sobre el objetivo de este estudio y se le invitó a participar. En caso de recibir respuesta positiva, debía firmar el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, redactado de manera simplificada para que él mismo pudiera entenderlo. La elaboración de investigaciones pautadas en las informaciones obtenidas en la asignatura tuvo la

autorización del Comité de Ética en Investigaciones de la UNIFAL-MG, bajo el protocolo 23087.001414/2007-23.

Se les solicitó a los estudiantes la construcción del estudio clínico del paciente, en el cual constaba: la entrevista, la evaluación física, los resultados de exámenes de laboratorio con valores de referencia y la prescripción médica, el estudio patológico con los aspectos epidemiológicos, la fisiopatología, la evaluación diagnóstica y el tratamiento, el estudio farmacológico y el raciocinio diagnóstico (21). Éste asimismo contenía la identificación de los DE y la elaboración de la declaración diagnóstica en tres partes: título del DE, características específicas y factores relacionados conforme la NANDA-I.

También se tuvo en cuenta la selección de los resultados actuales y los esperados con sus indicadores de acuerdo a la NOC y por último, las intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades según la NIC, añadiendo las referencias usadas. Además, fue incentivada en los alumnos la aplicación de un Referencial Teórico de la Enfermería para subsidiar este estudio. La elaboración del estudio final fue realizada por los alumnos conformando binas y posters. Cada pareja contó con la orientación cercana de un monitor o docente.

La asignatura tuvo una docente titular, tres docentes que cursaban la maestría y cinco alumnos de los semestres finales que actuaban como monitores. Cada orientador fue responsable hasta de cuatro parejas en reuniones con todos los alumnos orientados para estimular el trabajo en equipo, el sentido crítico y la colaboración entre ellos. De este modo, considerando la complejidad del proceso, los discentes contaron con una atención particular para resolver dudas, sortear dificultades e identificar aciertos.

Desarrollo y presentación de la Sección de Pósteres

Póster es definido como un tipo de trabajo que tiene como objetivo relatar, de manera clara y sucinta, los resultados completos o parciales de una investigación (22). La Sección de Pósteres es un recurso ampliamente utilizado en eventos para divulgar investigaciones, establecer redes de contactos y promover debates con el público. Su elaboración exige el desarrollo de una articulación entre contenido, comunicación verbal y visual, para que se consiga transmitir, adecuadamente, la información deseada (23).

En este caso, para la elaboración del póster se sugirió a los alumnos que ilustraran el raciocinio diagnóstico o terapéutico por medio de las Redes de Conexión de

Pesut (24) o con mapas conceptuales. En específico, el raciocinio diagnóstico está basado en un modelo de orientación en el levantamiento de las hipótesis diagnósticas, en la aplicación del test de las hipótesis, en la definición del DE más exacto (10), en la consideración de los resultados esperados y en las intervenciones para alcanzarlos. En este proceso, se solicitó a los estudiantes la capacidad de síntesis de las informaciones, organización y claridad, además del uso de recursos visuales para hacer el póster más atractivo y fácil de comprender.

Durante la realización de la Sección de Pósteres, todos los discentes y docentes fueron invitados a visitar los estudios expuestos en el *hall* de entrada de la Facultad de Enfermería de la UNIFAL-MG, así como a escuchar la presentación que hicieron los autores. En esta etapa fue estimulado el desarrollo de la comunicación y del raciocinio crítico en los alumnos, al presentar sus estudios y al responder a los cuestionamientos realizados por los profesores y otros participantes.

Esta estrategia de enseñanza y aprendizaje coincide con los preceptos del investigador en Educación Donald Alan Schön (25), que defiende la importancia de la formación reflexiva de los profesionales, proponiendo un modelo educativo basado en la reflexión de la práctica y de la experiencia.

Estrategias de evaluación

Por último, al final de la asignatura se les requirió a los alumnos que realizaran auto-evaluaciones y evaluaciones sobre la asignatura que, entre otros aspectos, abarcaba las estrategias pedagógicas utilizadas. A partir del análisis de estas evaluaciones, fue posible concluir que los alumnos reconocieron la importancia de fundamentar la práctica profesional en un marco teórico conceptual, así como la capacidad de diferenciar las etapas del proceso de enfermería y sus respectivas clasificaciones. Las metodologías de enseñanza adoptadas a lo largo de la asignatura demostraron éxito en el alcance de los objetivos trazados. Estas fueron consideradas por los discentes como *estrategias facilitadoras del aprendizaje*, por medio del uso de un proceso pedagógico que proporcionó un entendimiento fácil, lo que ha favorecido a los alumnos el desarrollo.

La Sección de Pósteres fue considerada como un momento de descubrimiento del conocimiento científico en enfermería, incentivando a los alumnos a ampliarlos, a buscar fundamentación teórica y referencias, a tomar decisiones y a trabajar en equipo, además de perfeccionar la comunicación en público. Esta sección también fue considerada como un incentivo al desarrollo del ra-

ciocinio clínico, lo cual estimuló el envío de ponencias para eventos científicos y elaboración de manuscritos con destino a publicaciones científicas nacionales e internacionales, incluyendo el propio estudio clínico.

Aunque la estrategia pedagógica haya indicado éxito, destacamos la resistencia de algunos estudiantes a la táctica de enseñanza y aprendizaje citada anteriormente, dado que éstos prefieren aprender por métodos tradicionales y mecanicistas. También destacamos la no adopción de otros docentes a las prácticas dialógicas, lo que dificultó la continuidad del proceso de desarrollo del raciocinio clínico y crítico de los discentes en las asignaturas siguientes y la falta de motivación de los alumnos y profesores de semestres anteriores y posteriores para avalar la Sección de Pósteres. Esto promovería momentos para una integración, discusiones y cambios de conocimientos prácticos y teóricos.

Consideraciones finales

Con relación a los desafíos enfrentados actualmente en la enseñanza del proceso de enfermería, como es el desarrollo del raciocinio clínico por los alumnos y una fundamentación para las asignaturas de carácter práctico, surgió la asociación de la Sección de Pósteres al estudio clínico como una alternativa de estrategia de enseñanza y aprendizaje. Aunque los estudios clínicos sean normalmente utilizados en las disciplinas de la carrera de enfermería, su asociación a otra metodología se mostró productiva, ya que ha colaborado con la expansión del conocimiento de los alumnos. De este modo, este trabajo ofrece subsidios para que la estrategia de Sección de Pósteres pueda trascender su uso solamente en eventos científicos, ampliando su aplicación para el ámbito académico.

En lo concerniente al posicionamiento de los estudiantes sobre esta experiencia, es posible considerar que ellos se encontraron dispuestos a contribuir con la realización de nuevas estrategias didácticas, ayudando a ejercer una ruptura con los métodos tradicionales. Esta postura ofrece a los docentes estímulos en la búsqueda de estrategias innovadoras y bien construidas que transformen el ambiente académico en un lugar de producción de conocimientos y no solamente de reproducción de saberes.

Referencias

- (1) Freitas MI, Carmona EV. Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de En-

- fermagem e do uso de linguagem padronizada. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(6):1157-1160.
- (2) Lima CL, Nóbrega MM. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica médica. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(1):12-22.
- (3) Herdmann TH (ed.). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014.* Porto Alegre: Artmed; 2012.
- (4) McCloskey JC, Bulechek GM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).* 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (5) Johnson M, Maas M, Meridean MS. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- (6) Rezende PO, Gaizindki RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008 Mar;42(1):152-159.
- (7) Santos DS, Mazoni SR, Carvalho EC. *NANDA's taxonomy employment in Brazil: integrative review.* *Rev Enferm UFPE.* 2009;3(1):152-159.
- (8) Lira AL, Lopes MV. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problemas. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2011;19(4):936-943.
- (9) Borrego MA, Mundina JB, Freire I. Metodologias colaborativas, educação *na e para* a responsabilidade na formação em enfermagem. *Sísifo: Revista de Ciências da Educação.* 2008;(7):63-74.
- (10) Cerullo JA, Cruz DA. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev Lat-Am Enferm.* 2010;18(1):124-129.
- (11) García TR, Nóbrega MM. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery.* 2009;13(1):188-193.
- (12) Carvalho EC, Kusumota L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Esp 1):554-557.
- (13) Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2010 May;66(5):1151-1158.
- (14) Banning M. Clinical reasoning and its application to nursing: concepts and research studies. *Nurse Educ Pract.* 2008 May;8(3):177-183.
- (15) Santos FK. Limites e possibilidades da racionalidade pedagógica no ensino superior. *Educ Real.* 2013;38(3):915-929.
- (16) Baxter P, Jack S. Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers. *Qual Rep.* 2008;13(4):544-559.
- (17) Dell'Acqua MC, Miyadahira AM, Ide CA. Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):264-271.
- (18) Carpenito LJ. Invited paper: teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2010;21(3):124-133.
- (19) Rosa LM, Sebold LF, Arzuaga MA, Santos VE, Radünz V. Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(1):120-125.
- (20) Gordon M. *Manual of nursing diagnosis: featuring Gordon's functional health patterns.* 12th ed. Ontario: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
- (21) Lunney M. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2008;19(4):158-162.
- (22) Andrade IB, Lima MC. *Manual para elaboração e apresentação de trabalhos científicos: pôster.* Campos dos Goytacazes: Faculdade de Medicina de Campos; 2006.
- (23) Foulsham T, Kingstone A. Look at my poster! Active gaze, preference and memory during a poster session. *Perception.* 2011;40(11):1387-1389.
- (24) Barros AL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: *NANDA-NIC.* *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Esp):864-867.
- (25) Fávero AA, Tonieto C, Roman MF. A formação de professores reflexivos: a docência como objeto de investigação. *Educação.* 2013;38(2):277-287.

Cuidados de enfermagem ao paciente no perioperatório de cortico-amigdalohipocampectomia

Cuidados de enfermería al paciente en el perioperatorio de cortico-amígdalohipocampectomía

Nursing care for patients in the perioperative cortico-amygdalohippocampectomy

• Cintia Koerich¹ • Fabiana Cristine dos Santos² • José Luís Guedes dos Santos³ •
 • Alacoque Lorenzini Erdmann⁴ • Carla Pauli⁵ • Monique Mendes Marinho⁶ •

•1• Doutoranda em Enfermagem. Membro do GEPADES. Florianópolis/SC, Brasil. E-mail: cintia.koerich@ig.com.br

•2• Mestranda em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC. Florianópolis/SC, Brasil.

•3• Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis/SC, Brasil.

•4• Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Florianópolis/SC, Brasil.

•5• Doutoranda em Ciências Médicas. Coordenadora do Centro de Epilepsia de Santa Catarina CEPESC-HGCR. Florianópolis/SC, Brasil.

•6• Doutoranda em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa c&c-ufsc. Florianópolis/SC, Brasil.

Recibido: 03/10/2012 Aprobado: 15/12/2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48085>



Resumo

Este artigo teve como objetivo construir e apresentar um plano de cuidados pré e pós-operatórios para pacientes submetidos à cirurgia de cortico-amígdalo-hipocampectomia (АНС) para ser implementado em uma unidade de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Trata-se de um relato de experiência desenvolvida durante o Estágio Supervisionado de Enfermagem por graduandos de enfermagem. Construiu-se um plano com 26 cuidados de enfermagem para pacientes submetidos à cirurgia de АНС, que foi validado por profissionais *experts* da área. Realizaram-se encontros expositivos e dialogados com a equipe de enfermagem para esclarecer e desmistificar a epilepsia, suas diferentes apresentações de crises e possibilidades de tratamento, bem como apresentar o plano de cuidados elaborado. Essa experiência contribuiu com a formação profissional dos estudantes, assim como forneceu subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem a este paciente específico, considerando o cuidado sistematizado uma ferramenta fundamental no trabalho do enfermeiro.

Descritores: Epilepsia; Neurocirurgia; Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Este artículo tiene como objetivo construir y presentar un plan de cuidados pre y posoperatorios para pacientes sometidos a la cirugía de cortico-amígdalo-hipocampectomia (АНС), también llamada *Cirugía de la epilepsia*, para ser implementado en una unidad de internación quirúrgica de un hospital universitario del Sur de Brasil. Se trata de un relato de experiencia del proceso de elaboración y socialización desarrollado durante la Práctica Supervisada de Enfermería por académicos de enfermería. Se construyó un plan de 26 cuidados de enfermería destinados a pacientes sometidos a la cirugía АНС, el cual obtuvo la validación de profesionales *experts* del área. Se realizaron reuniones de exposición y diálogo con el equipo de enfermería para aclarar y desmitificar la epilepsia, sus diferentes presentaciones de crisis y posibilidades de tratamiento; así mismo, se presentó el Plan de Cuidados. Esta experiencia contribuyó a la formación académica, así como a la concesión de subvenciones para la ejecución de la sistematización de los cuidados de enfermería específicos para estos pacientes, teniendo en cuenta que el cuidado sistemático es una herramienta fundamental en el trabajo de enfermería.

Descritores: Epilepsia; Neurocirugía; Enfermería Perioperatoria; Atención de Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Abstract

The objective of this article is to build and to present the process of pre and postsurgical care plans for patients who underwent cortico-amygdalo-hippocampectomy surgeries (АНС), to be implemented in a surgical unit at University Hospital, in the South of Brazil. It was an activity developed by nursing students during the Nursing Supervised Training. It was built a plan with 26 nursing care for patients who underwent АНС surgeries and it was validated by experts in that area. Subsequently, several meetings with presentations and dialogues were held along with the nursing staff, in order to clarify and demystify epilepsy; different presentations of crises and possibilities of treatment as well as the developed care plan presentation. This experience contributed to the academic training, as well as providing subsidies for the implementation of the systematization of nursing care specific to this patient, considering the importance of a systematic care in the nursing work.

Descriptors: Epilepsy; Neurosurgery; Perioperative Nursing; Nursing Care (source: DECS BIREME).

Introdução

As necessidades psicossociais e condições de vida dos portadores de epilepsia são um dos focos que estão em evidência com o desenvolvimento das ciências neurológicas (1). A epilepsia gera limitações intensas no cotidiano desses indivíduos, que além de conviverem com a imprevisibilidade das crises ainda enfrentam os estigmas associados à doença (2).

A epilepsia é uma doença caracterizada por distúrbio na função neuronal e por suas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (3). Pode ser considerada um problema de saúde pública que atinge cerca de 2% a 3% da população mundial, sendo que um terço dos pacientes apresentam crises não controladas por medicamentos (4, 5). Dessa forma, destaca-se a importância das cirurgias para o tratamento da epilepsia refratárias, ou seja, aquelas que não são controladas por terapia medicamentosa (5, 6).

Entre as manifestações mais comuns da doença, com indicação de tratamento cirúrgico, está a epilepsia refratária com presença de esclerose mesial temporal, a qual se caracteriza pela diminuição do volume ou aumento do sinal hipocampal (5, 6). Pode ser acompanhada de modificações no formato e na estrutura interna do hipocampo, o qual é considerado a principal estrutura envolvida nas crises crônicas observadas na esclerose mesial temporal (5, 6, 7).

O tratamento cirúrgico visa ao controle das crises epiléticas e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (6, 7). A cortico-amígdalo-hipocampectomia (AHC) é a cirurgia indicada em 70%-80% dos casos de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico para controle da epilepsia do lobo temporal (8). Após a cirurgia, aproximadamente 70% dos pacientes têm as crises totalmente controladas (9).

As cirurgias para o tratamento da epilepsia representam uma modalidade terapêutica em expansão, que tem contribuído de forma expressiva para a melhoria da situação de saúde e qualidade de vida das pessoas que têm epilepsia. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde e enfermagem imbuídos nesse processo ampliem e aprofundem continuamente os conhecimentos específicos necessários para a atuação nessa área (10). Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos e pesquisas que subsidiem a prática da enfermagem no cuidado ao paciente com epilepsia no pré e pós-operatório de AHC, considerando o cuidado sistematizado uma ferramenta fundamental no trabalho do enfermeiro.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico por meio do qual o enfermeiro aplica seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. O principal modelo metodológico para o desenvolvimento da SAE é o Processo de Enfermagem (PE), que é composto por etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do paciente, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação dos resultados assistenciais obtidos (11).

O desenvolvimento de planos de cuidados é fundamental para possibilitar o máximo de satisfação e bem-estar aos pacientes, bem como promover uma cultura de segurança dos mesmos (12). Dessa forma, o plano de cuidado elaborado constitui-se como parte do processo de SAE a ser adotado ao paciente no pré e pós-operatório da cirurgia de AHC.

Objetivo geral

Construir e apresentar um plano de cuidados pré e pós-operatórios para pacientes submetidos à cirurgia de AHC para ser implementado em uma unidade de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Este plano de cuidados visa contribuir para a SAE a pacientes no período pré e pós-operatórios de AHC internados neste hospital.

Aspectos metodológicos

Trata-se de um relato desenvolvido a partir das experiências de acadêmicas de enfermagem durante a realização do Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), durante o qual foram acompanhados dois pacientes submetidos à AHC.

O estágio foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica (UIC-I) do Hospital Universitário da Grande Florianópolis/SC, no segundo semestre de 2011. A UIC-I disponibiliza 30 leitos distribuídos em 12 quartos. São admitidos na unidade pacientes que necessitam de internação para cuidados pré e pós-operatório em diferentes patologias, sendo as cirurgias mais recorrentes a bariátrica, a torácica, de cabeça e pescoço e a neurológica para correção de epilepsia. A equipe multiprofissional da UIC-I é composta por 32 profissionais da enfermagem

e ainda por médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Neste contexto, optou-se pela construção de um plano de cuidados de enfermagem para pacientes no pré e pós-operatórios de АНС em virtude do início da realização deste tipo de cirurgia no hospital durante o período de estágio, gerando a necessidade de capacitação e orientação da enfermagem para prestar uma assistência com qualidade diante da complexidade e especificidade do procedimento.

Para o processo de construção do plano de cuidados, além do acompanhamento de dois pacientes durante o processo cirúrgico, realizou-se uma revisão narrativa da literatura (13) sobre epilepsia e cirurgia de АНС, na qual foram localizados e consultados livros e artigos científicos indexados nas bases de dados LILACS, SCIELO, PUBMED, MEDLINE, de 2005 a 2014.

Para validação e aprovação do plano de cuidados, foram convidados *experts* médicos e enfermeiros com experiência na área de neurocirurgia de outro hospital da grande Florianópolis, referência na realização de АНС. A expertise é baseada tanto na formação quanto na experiência profissional, que tornam um indivíduo *expert* ou referência em um determinado campo de atuação ou área do conhecimento após um período médio de 5 a 10 anos de envolvimento com o exercício laboral (14).

Cabe registrar que nas buscas realizadas nas bases de dados, constatou-se que a literatura científica sobre os cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório de АНС é escassa, sendo pouco mencionado o papel da enfermagem na assistência a esses pacientes, o que sinaliza a importância do presente trabalho.

Em relação aos aspectos éticos, ressalta-se que foi obtido o consentimento formal dos dois pacientes acompanhados durante o período do estudo e dos profissionais participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para publicação do estudo.

Resultados e Discussão

Os portadores de epilepsia com crises refratárias candidatos ao tratamento cirúrgico são submetidos a uma criteriosa investigação. Esta avaliação inclui a realização de exames para confirmação e definição do diagnóstico e possível indicação cirúrgica, que incluem semiologia das crises, avaliação eletrofisiológica com Eletroencefalografia Interictal de Escalpo (EEG) e monitorização vídeo-

-EEG, neuroimagem por meio de Ressonância Magnética (RM) e avaliação neuropsicológica (15).

Dessa forma, em Florianópolis esta pesquisa é realizada por uma equipe em um hospital de referência. O paciente e família são acompanhados durante um ano, onde além dos exames e avaliação neuropsicológica, são investigadas questões psicossociais como a constatação de rede de apoio familiar, garantindo o suporte desde paciente após a cirurgia. A família possui papel importante por incentivar a adoção de práticas de autocuidado, além de auxiliar na recuperação e promoção da saúde dos indivíduos no seu processo saúde-doença e cuidado (16).

No plano de cuidados de enfermagem construído para pacientes submetidos à cirurgia de АНС, foram listados 26 possíveis cuidados de enfermagem a serem implementados tanto no período pré-operatório, quanto no pós-operatório mediato, conforme Figura 1.

Após a aprovação e validação pelos profissionais *experts* da área, o plano de cuidados construído foi apresentado à equipe de enfermagem da UIC-1. A apresentação foi realizada por meio de três encontros de forma a abranger os três turnos de trabalho, totalizando 15 profissionais de enfermagem.

Nos encontros, apresentou-se um contexto geral sobre a epilepsia, os tipos de crises, os cuidados de enfermagem perioperatório, a cirurgia de АНС e o estigma social relacionado a tal condição, abrindo para discussão os pontos mais relevantes apresentados a seguir.

A respeito das crises epiléticas, destacaram-se as crises parciais complexas, considerando sua maior incidência na indicação cirúrgica. Essas crises originam-se no lobo temporal e apresentam-se com diminuição da consciência, olhar fixo e automatismo, algumas vezes sem outras manifestações de atividade, exceto o poder irritativo frontal ou temporal. São geralmente precedidas por alucinações sensoriais, desconforto gástrico, caracterizado como dor, opressão ou frio na região epigástrica e torácica, fenômenos emocionais como medo súbito desproporcional (6, 17).

Essas informações contribuíram para a desmistificação da ideia que os profissionais tinham acerca das crises epiléticas, percebendo outros tipos de manifestações e as intervenções de enfermagem necessárias durante a crise.

Em relação aos cuidados pré-operatórios de enfermagem, focalizou-se principalmente na administração da Fenitoína, sendo esta dos anticonvulsivantes de escolha para pacientes com crises convulsivas e/ou submetidos a neurocirurgias (17). A Fenitoína deve ser diluída

Figura 1. Plano sistematizado de cuidados de enfermagem perioperatórios ao paciente submetido à cirurgia de AHC

	Cuidados de enfermagem	Horários
	Cuidados pré-operatórios:	
01	Orientar o paciente e familiar sobre a cirurgia e preparo pré-operatório.	Atenção
02	Oferecer apoio psicológico ao paciente e familiar.	Atenção
03	Atentar para crises epiléticas — caso ocorra colocar o paciente de lado, realizar aspiração oral, providenciar O ₂ e administrar medicação, conforme prescrição médica-CPM.	Atenção
04	Puncionar acesso venoso calibroso e em local de fácil visualização.	Atenção
	Cuidados com administração da Fenitoína.	
05	Administrar Fenitoína CPM.	Com
06	Diluir a Fenitoína em Solução fisiológica 0,9% — numa proporção de 1mg/ml — nunca em solução glicosada, pois favorece a precipitação.	N
07	Interromper todas as outras infusões que o paciente estiver recebendo e lavar a via antes e após a infusão da Fenitoína com solução fisiológica 0,9% pura.	N
08	Administrar a Fenitoína lentamente — não deve ser infundida em menos de 20-30 minutos — de preferência em equipo com filtro.	N
09	Realizar controle dos sinais vitais e atentar para arritmias cardíacas, hipotensão arterial e hipoglicemia — neste caso interromper infusão.	N
10	Orientar o paciente e familiar sobre possível tontura e sonolência e a não levantar sem auxílio evitando quedas.	N
11	Observar débito urinário — a Fenitoína é eliminada via renal.	N
12	Orientar o paciente a permanecer em jejum.	N
13	Encaminhar o paciente para banho de aspersão com auxílio e lavagem do couro cabeludo com Clorexidine Degermante duas horas antes do procedimento cirúrgico — não realizar tricotomia.	M

	Cuidados de enfermagem	Horários
14	Orientar o paciente a colocar a camisola cirúrgica e retirar joias e prótese dentária.	M
15	Trocar roupa de cama e pedir que o paciente aguarde ser chamado ao Centro Cirúrgico.	M
	Cuidados pós-operatórios mediatos.	
16	Monitorar sinais vitais e saturação de O ₂ .	16 22 06 10
17	Atentar para necessidade de cateter de O ₂ nasal ou macronebulização.	Atenção
18	Observar estado neurológico — utilizar Escala de Coma de Glasgow*.	16 22 06 10
19	Atentar para crises epiléticas — caso ocorra colocar o paciente de lado, realizar aspiração oral, providenciar O ₂ e administrar medicação CPM.	Atenção
20	Orientar o paciente a deitar em decúbito lateral — lado contrário à incisão cirúrgica.	Atenção
21	Manter cobertura/curativo fechado por 48h após a cirurgia — trocar quando necessário.	Atenção
22	Orientar o paciente a não colocar a mão na incisão cirúrgica.	Atenção
23	Observar edema facial — se o paciente não conseguir fechar o olho umedecer com gaze e solução fisiológica 0,9% fria ou aplicar colírio CPM.	16 22 06 10
24	Encaminhar/estimular banho de aspersão e deambulação com auxílio após 48 horas da cirurgia.	M
25	Orientar para retirar os pontos do 10º ao 14º dia de pós-operatório no Centro de Saúde (CPM).	Atenção
26	Orientar paciente que permaneça utilizando as medicações anticonvulsivantes (CPM) após a alta hospitalar reforçando as orientações fornecidas durante o preparo pré-operatório e o retorno ao ambulatório de epilepsia de referência.	Atenção

* Escala utilizada na classificação de traumas crânio-encefálico como parâmetro de gravidade das lesões neurológicas.

Fuente: Dados da investigação. Florianópolis/SC-2011.

em solução fisiológica 0,9% ou água destilada em uma proporção de 1mg/ml, e nunca em solução glicosada, pois favorece sua precipitação. Para infusão endovenosa, deve-se escolher acesso venoso calibroso e longe de articulações. Caso o paciente esteja recebendo outras medicações recomenda-se interrompê-las antes de administrar a droga e realizar a lavagem do cateter com soro fisiológico 0,9% antes e após a infusão (18).

Recomenda-se utilizar na infusão equipos de soro com filtros para remoção dos grumos de precipitação, sendo que estes ao entrar na corrente sanguínea provocam fístulas causando extravasamento e complicações associadas. A velocidade de infusão não deve ultrapassar de 20-25mg/min devido ao risco de instabilidade cardiovascular e depressão do sistema nervoso central e não deve ser infundida em menos de 20-30 minutos. Os principais efeitos colaterais da Fenitoína são arritmias cardíacas, hipotensão arterial e raramente hipoglicemia (17-19). Nos pacientes acompanhados não foram observados sinais de extravasamento da droga, entretanto, relataram tontura, visão turva e sonolência após a administração do fármaco.

Outros cuidados pré-operatórios na АНС referem-se à higienização do couro cabeludo com clorexidine degermante —antimicrobiano de alto padrão na forma de sabão líquido— duas horas antes da cirurgia e a não realização da tricotomia, a qual é realizada no centro cirúrgico. A cirurgia foi acompanhada pelas acadêmicas e registrada por meio de fotografias que foram apresentadas à equipe nos encontros, objetivando facilitar o entendimento das possíveis manifestações e intercorrências no período pós-operatório.

No pós-operatório imediato, o paciente é encaminhado a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para monitorização. Após as primeiras 24 horas, e na ausência de intercorrências, ele é transferido à UIC-1. Nesse período, o edema facial é uma alteração previsível e frequente devido à manipulação cirúrgica e o estado neurológico deve ser monitorado por meio da Escala de Coma de Glasgow, observando sinais de aura e/ou crises epiléticas.

A cobertura/curativo da incisão cirúrgica deve permanecer fechada por 48 horas, podendo ser substituída em presença de sangramento, umidade ou sujidade, e o paciente deve ser orientado a não levar a mão à ferida, a fim de evitar infecções. A deambulação deve ser estimulada somente após 48 horas da cirurgia para evitar quedas e/ou crises.

Ao fim dos encontros, os profissionais realizaram sugestões e considerações relacionadas ao plano de cuidados, as quais foram realizadas com o intuito de torná-lo aplicável à realidade de trabalho da unidade. Além do plano

de cuidados impresso, foi confeccionada uma pasta utilizando o material apresentado com todas as informações pertinentes à cirurgia de АНС para consultas posteriores. Este material foi organizado como forma de estímulo para o interesse dos integrantes da equipe pela qualificação profissional, que é uma das principais estratégias para o sucesso de ações de educação permanente no âmbito hospitalar e integração ensino-serviço (20).

Cabe ainda relatar a importância da coleta do histórico do paciente pelo enfermeiro na internação, além do diagnóstico e evolução de enfermagem, considerando este plano de cuidados parte da SAE, guiando os profissionais enfermeiros no planejamento e prescrição da assistência de enfermagem a esses pacientes específicos.

Considerações finais

O início de um novo tipo de procedimento cirúrgico em uma unidade gera dúvidas, inseguranças e expectativas na equipe. Dessa forma, o início das cirurgias de АНС trouxe a necessidade de atualização e aperfeiçoamento da equipe no que se refere a cuidados de enfermagem específicos.

A experiência de construção e apresentação de um plano com 26 cuidados pré e pós-operatórios para pacientes submetidos à cirurgia de АНС proporcionou aos profissionais da enfermagem, assim como aos autores do estudo, um maior entendimento sobre a epilepsia e a cirurgia de АНС, assim como forneceu subsídios para realização da SAE aos pacientes durante o perioperatório de АНС, considerando a singularidade e as especificidades dessa prática cirúrgica.

Referências

- (1) Lekka V. The Neurological Emergence of Epilepsy: The National Hospital for the Paralyzed and Epileptic (1870-1895). Ed. June 20 2014. Boston: Springer; 2015.
- (2) Zanni KP, Bianchin, MA, Marques LH. Qualidade de vida e desempenho ocupacional de pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2009;15(3):114-117.
- (3) Ximenes NF, Damasceno FE, Jorge MS. Epilepsia e suas repercussões sociais na adolescência. *Enferm Atual*. 2010;10(58):15-18.

- (4) Garcia C, Yardi R, Kattan MW, Nair D, Gupta A, Najm I *et al.* Seizure freedom score: A new simple method to predict success of epilepsy surgery. *Epilepsia* [serial on the Internet]. 2014 Dec [access: 2014 Dec 26]; [Epub ahead of print]. Available from: doi: 10.1111/epi.12892
- (5) Reyes GB, Uribe CS. Epilepsia refractaria. *Acta Neurol Colomb.* 2010;26(1):34-46.
- (6) Amaral LC, Portela EJ, Oliveira MM, Lara MT, Sousa SR, Seabra LC *et al.* Tratamento cirúrgico da epilepsia refratária: análise de 34 casos atendidos no Hospital das Clínicas da UFMG. *Arq Bras Neurocir.* 2014;33(2):112-114.
- (7) Varella PP, Santiago JF, Carrete JH, Higa EM, Yacubian EM, Centeno RS *et al.* Relationship between fluid-attenuated inversion-recovery (FLAIR) signal intensity and inflammatory mediator's levels in the hippocampus of patients with temporal lobe epilepsy and mesial temporal sclerosis. *Arq Neuro-Psiquiat.* 2011;69(1):91-99.
- (8) Alvarenga KG, Garcia GC, Ulhôa AC, Oliveira AJ, Mendes MF, Cesarini IM *et al.* Epilepsia refratária: a experiência do Núcleo Avançado de Tratamento das Epilepsias do Hospital Felício Rocho (NATE) no período de março de 2003 a dezembro de 2006. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2007;13(2):71-74.
- (9) Lee SK, Kim DW. Focal cortical dysplasia and epilepsy surgery. *J Epilepsy Res.* 2013 Dec;3(2):43-47.
- (10) Koerich MS, Backes DS, Nascimento KC, Erdmann AL. Patient care system: bringing health care practice, knowledge and legislation together. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):446-451.
- (11) Garcia TR, Nóbrega MM. Nursing Process: from theory to the practice of care and research. *Esc Anna Nery.* 2009;13(1):188-193.
- (12) Ramírez OJ, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av Enferm.* 2011;29(2):363-374.
- (13) Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa [Editorial]. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):5-6.
- (14) Mchugh MD, Lake ET. Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Res Nurs Health.* 2010 Aug;33(4):276-287.
- (15) WebMD [homepage on the Internet]. New Jersey: University of Medicine & Dentistry of New Jersey; c2014 [updated: 2014 Jul 15; access: 2014 Dec 26] Epilepsy Health Center. Tests Before Epilepsy Surgery [about 6 screens]. Available from: <http://www.webmd.com/epilepsy/presurgical-evaluation>
- (16) Silva MB, Silva SM. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(1):38-46.
- (17) Corral LA, Herrero JI, Falip MC, Aiguabella MM. Estatus epiléptico. *Med Intensiva.* 2008;32(4):174-182.
- (18) Kusahara DM, Rocha PK, Peterlini MA, Pedreira ML. Síndrome da Luva Púrpura: principais intervenções preventivas e terapêuticas de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):223-225.
- (19) Garzon E. Status epilepticus. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2008;14(Suppl 2):7-11.
- (20) Morais LA, Ramos CS, Backes VM, Martini JG. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço. *Rev Rene.* 2013;14(5):1050-1060.

Política editorial

Ética en la publicación científica

La revista *Avances en Enfermería* define los siguientes criterios y recomendaciones relacionados con la ética en la publicación de artículos científicos:

1. Criterios generales

- 1.1. Los manuscritos deben contener suficiente detalle y referencias que permitan replicar o rebatir el estudio.
- 1.2. Las declaraciones fraudulentas o deliberadamente inexactas constituyen un comportamiento anti-ético.
- 1.3. Si el estudio incluye productos químicos, procedimientos o equipos que tienen cualquier riesgo inusual inherente a su uso, el autor debe identificarlos claramente al interior del artículo.
- 1.4. Si el estudio implica el uso de animales o de seres humanos, el autor debe asegurarse de que el artículo contenga una declaración que haga explícito que se realizaron todos los procedimientos de conformidad con los lineamientos y con la normativa ética.
- 1.5. Se deben respetar los derechos de privacidad de los seres humanos.

2. Autoría

Criterios:

- 2.1. Un *autor* es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Así, todas las personas nombradas como *autores* deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que los reúnan deben ser mencionados de forma explícita.

- 2.2. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor:
 - a) Contribución sustancial a la concepción y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación del estudio.
 - b) Redacción o revisión del contenido intelectual.
 - c) Aprobación de la versión final.
- 2.3. El orden de la autoría debe ser una decisión conjunta de los coautores.
- 2.4. Las personas que participen en un estudio pero que no se ajusten a los criterios de autoría deben aparecer como *colaboradores* o *personas reconocidas*.
- 2.5. Hay tres tipos de autorías que se consideran inaceptables: autores *fantasma*, que contribuyen sustancialmente pero no son reconocidos —son a menudo pagados por promotores comerciales—; autores *invitados*, que no hacen ninguna contribución discernible pero se nombran para aumentar las posibilidades de publicación; y autorías *honorarias*, que se basan únicamente en una afiliación tenue con un estudio.

Recomendaciones:

- 2.6. Antes de iniciar la investigación, se recomienda documentar la función y la manera como se reconocerá la autoría de cada investigador.
- 2.7. No se debe mentir sobre la participación de una persona en la investigación o en la publicación. Si su contribución se considerada *sustancial*, se justifica la autoría, bien sea como *autor* o como *colaborador*.
- 2.8. No se debe asignar una autoría sin contar con el consentimiento de la persona.
- 2.9. Todas las personas nombradas como autores deben reunir los requisitos de autoría y todos aque-

llos que reúnan los requisitos deben aparecer como *autores* o *colaboradores*.

- 2.10. Algunos grupos colocan los autores por orden alfabético, a veces con una nota para explicar que todos los autores hicieron contribuciones iguales al estudio y la publicación.

3. Cambios en la autoría

Criterios:

- 3.1. Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- 3.2. Las peticiones de añadir o eliminar un autor, o para reorganizar los nombres de los autores deben ser enviados por el autor correspondiente del artículo aceptado y deben incluir.
- a) La razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
 - b) La confirmación por escrito (por *e-mail*) de todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de que el autor sea añadido o eliminado.

4. Conflicto de intereses

Criterios:

- 4.1. Cuando un investigador o autor tenga alguna opinión o interés financiero/personal que pueda afectar su objetividad o influir de manera inapropiada en sus actos, existe un posible *conflicto de intereses*. Este tipo de conflictos pueden ser reales o potenciales.
- 4.2. Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser
- a) *directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
 - b) *indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.
- 4.3. Los conflictos también pueden existir como resultado de relaciones personales, la competencia

académica y la pasión intelectual. Por ejemplo: un investigador que tenga

- a) algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
- b) opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

Recomendaciones:

- 4.4. Revelar si se está en algún conflicto real o potencial de intereses que influya de forma inapropiada en los hallazgos o resultados del trabajo presentado, dentro de los tres (3) años de haber empezado el trabajo presentado, que podría influir indebidamente —sesgar— el trabajo.
- 4.5. Revelar el papel de uno o varios promotores del estudio —si los hubiere—, en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del informe y en la decisión de presentar el documento para su publicación.
- 4.6. Los investigadores no deben entrar en acuerdos que interfieran con su acceso a todos los datos y su capacidad de analizarlos de forma independiente; así como tampoco de preparar y publicar los manuscritos.
- 4.7. Al presentar un documento, se debe hacer una declaración —con el encabezamiento “Papel que ha tenido la fuente de financiación”— en una sección separada del texto y colocarse antes de la sección *Referencias*.
- 4.8. Algunos ejemplos de posibles conflictos de intereses que deben ser revelados incluyen empleo, consultoría, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones.
- 4.9. Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- 4.10. Se debe describir el papel del patrocinador del estudio.
- ### 5. Publicación duplicada
- #### Criterios:
- 5.1. Los autores tienen el compromiso de comprobar que su artículo sea basado en una investigación original, es decir: nunca publicada anteriormente.

El envío o reenvío intencional de su trabajo a otra publicación, generando una duplicación, se considera un incumplimiento de la ética editorial.

- 5.2. Se produce una publicación duplicada o múltiple cuando dos o más artículos, sin hacerse referencias entre sí, comparten esencialmente las mismas hipótesis, datos, puntos de discusión o conclusiones. Esto puede ocurrir en diferentes grados: duplicación literal, duplicación parcial pero sustancial o incluso duplicación mediante parafraseo.
- 5.3. Uno de los principales motivos por los que la publicación duplicada de investigaciones originales se considera no ético es porque puede dar lugar a una *ponderación inadecuada* o a un *doble recuento involuntario* de los resultados de un estudio único, lo que distorsiona las pruebas disponibles.

Recomendaciones:

- 5.4. Los artículos enviados para su publicación deberán ser originales y no deberán enviarse a otra revista. En el momento del envío, los autores deberán revelar los detalles de los artículos relacionados —también cuando estén en otro idioma—, artículos similares en prensa y traducciones.
- 5.5. Aunque un artículo enviado esté siendo revisado, es necesario indagar por su estado, tomar la decisión de continuar o no en el proceso y en caso de retirarlo, ponerse en contacto con otra revista sólo si el primer editorial no publicará el artículo.
- 5.6. Evite enviar un artículo previamente publicado a otra revista.
- 5.7. Evite enviar artículos que describan esencialmente la misma investigación a más de una revista.
- 5.8. Indique siempre los envíos anteriores —incluidas las presentaciones de reuniones y la inclusión de resultados en registros— que pudieran considerarse una publicación duplicada.
- 5.9. Evite escribir sobre su propia investigación en dos o más artículos desde diferentes ángulos o sobre diferentes aspectos de la investigación sin mencionar el artículo original.
- 5.10. Se considera una conducta no recomendable crear varias publicaciones a partir de investigaciones no multicéntricas.
- 5.11. Si desea enviar su artículo a una revista que se publica en un país diferente o en un idioma diferente,

solicite información a la editorial y los lineamientos al respecto.

- 5.12. En el momento del envío, indique todos los detalles de artículos relacionados en un idioma diferente y las traducciones existentes.

6. Reconocimiento de las fuentes

Criterios:

- 6.1. Los autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la determinación de la naturaleza del trabajo presentado.
- 6.2. La información obtenida de forma privada no debe ser usada sin explícito permiso escrito de la fuente.
- 6.3. La reutilización de las tablas o figuras requiere del permiso del autor y de la editorial, lo cual debe mencionarse de manera adecuada en la leyenda de la tabla o de la figura.
- 6.4. La información obtenida en el transcurso de servicios confidenciales, como manuscritos arbitrales o solicitudes de subvención, no debe ser utilizada sin el permiso explícito y por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

7. Fraude científico

Criterios:

- 7.1. El fraude en la publicación científica hace referencia a la presentación de datos o conclusiones falsos o bien que no fueron generados a través de un proceso riguroso de investigación.
- 7.2. Existen los siguientes tipos de fraude en la publicación de resultados de investigación:
 - a) Fabricación de datos: invención de datos y resultados de investigación para después comunicarlos.
 - b) Falsificación de datos: la manipulación de materiales de investigación, imágenes, datos, equipo o procesos. La falsificación incluye la modificación u omisión de datos o resultados de tal forma que la investigación no se representa de manera precisa. Una persona podría falsificar datos para adecuarla al resultado final deseado de un estudio.

Recomendaciones:

- 7.3. Antes de realizar el primer envío de un artículo, lea cuidadosamente las políticas editoriales y de datos de la revista.
- 7.4. Nunca modifique u omita datos de forma intencional. Esto incluye materiales de investigación, métodos de análisis, procesos, equipos, tablas, citas y referencias bibliográficas.
- 7.5. Tanto la fabricación como la falsificación de datos son formas de conducta incorrecta graves, porque ambas resultan en publicaciones científicas que no reflejan con precisión la verdad observada.
- 7.6. El autor debe hacer una gestión adecuada de los datos que soportan la investigación, teniendo especial cuidado en la recopilación, producción, conservación, análisis y comunicación de los datos.
- 7.7. Mantenga registros minuciosos de los datos en bruto, los cuales deberán ser accesibles en caso de que un editor los solicite incluso después de publicado el artículo.

8. Plagio

Criterios:

- 8.1. El plagio es una de las formas más comunes de conducta incorrecta en las publicaciones. Sucede cuando uno de los autores hace pasar como propio el trabajo de otros sin permiso, mención o reconocimiento. El plagio se presenta bajo formas diferentes, desde la copia literal hasta el parafraseado del trabajo de otra persona, incluyendo datos, ideas, conceptos, palabras y frases.
- 8.2. El plagio tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:
 - a) Qué cantidad del trabajo de otra persona se tomó —varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo.
 - b) Qué es lo que se copió —resultados, métodos o sección de introducción.
- 8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.
- 8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

Recomendaciones:

- 8.5. Recuerde siempre que es esencial reconocer el trabajo de otros —incluido el trabajo de su asesor o su trabajo previo— como parte del proceso.
- 8.6. No reproduzca un trabajo palabra por palabra, en su totalidad o en parte, sin permiso y mención de la fuente original.
- 8.7. Mantenga un registro de las fuentes utilizadas al investigar y dónde las utilizó en su artículo.
- 8.8. Asegúrese de reconocer completamente y citar de forma adecuada la fuente original en su artículo.
- 8.9. Cuando haga referencia a la fuente, evite utilizar el trabajo de otras personas palabra por palabra salvo que lo haga entre comillas y sólo si es estrictamente necesario.
- 8.10. El parafraseado sólo es aceptable si se indica correctamente la fuente y se asegura de no cambiar el significado de la intención de la fuente.
- 8.11. Incluya entre comillas y cite todo el contenido que haya tomado de una fuente publicada anteriormente, incluso si lo está diciendo con sus propias palabras.

9. Fragmentación

Criterios:

La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.

- 9.1. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.2. El mismo *fragmento* no se debe publicar más de una vez. El motivo es que la fragmentación puede dar lugar a una distorsión de la literatura, haciendo creer equivocadamente a los lectores que los datos presentados en cada *fragmento* —es decir, *cada artículo*— se derivan de una muestra de sujetos diferente. Esto no solamente sesga la *base de datos científica*, sino que también crea una repetición ambigua a los editores y revisores, que deben ocuparse de cada trabajo por separado. Además, permite que se infle el número de referencias donde aparece citado el autor.

Recomendaciones:

- 9.3. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.4. Cuando presente un trabajo, sea transparente en el proceso. Envíe copias de los manuscritos estrechamente relacionados al manuscrito en cuestión. Esto incluye manuscritos publicados, enviados recientemente o ya aceptados.

10. Consentimiento informado

Criterios:

- 10.1. Los estudios sobre pacientes o voluntarios requieren la aprobación de un comité de ética.
- 10.2. El consentimiento informado debe estar debidamente documentado.
- 10.3. Los permisos y las liberaciones deben ser obtenidos cuando un autor desea incluir detalles de caso u otra información personal o imágenes de los pacientes y cualquier otra persona.
- 10.4. Debe tenerse cuidado con la obtención del consentimiento respecto a los participantes, en particular con la población vulnerable; por ejemplo: cuando un niño tiene necesidades especiales o problemas de aprendizaje. Debe recordarse que el uso de fotografías de los participantes o declaraciones explícitas —partes de entrevista— deben contar con la autorización por escrito de los implicados o responsables legales.

11. Corrección de artículos publicados

Criterio:

- 11.1. Cuando un autor descubre un error o una inexactitud significativa en el trabajo publicado, es obligación del autor notificar de inmediato a la revista y cooperar en el proceso de corrección.

Bibliografía

Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_coi01a_updatedURL.pdf.

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_ssu-b01a_updatedURL.pdf.

———. "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.

———. "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

———. "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_ss01a_updatedURL.pdf.

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf.

———. "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf.

Instrucciones para los autores

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica cuatrimestralmente y recibe artículos en español, portugués e inglés. Al enviar los artículos para publicación, tenga en cuenta los aspectos relacionados con el proceso:

Tipos de publicación de artículos para publicación (según Colciencias)

1. Artículo de investigación científica y tecnológica. Documento original que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Número mínimo de referencias: 25.

2. Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25

3. Artículo de revisión. Documento que resulta de una investigación en la cual se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de mínimo 60 referencias.

Otras contribuciones no derivadas de investigación

1. Editorial. Documento escrito por el/la Editor/a Jefe, un/a Editor/a Asociado/a, un miembro del Comité Editorial o un/a investigador/a invitado/a sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

2. Documento de reflexión no derivado de investigación. Documento tipo ensayo que no es producto de una investigación. Utiliza la perspectiva analítica del autor sobre un tema específico a partir de fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25.

3. Reporte de caso (Situaciones de enfermería). Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referencias: 15.

4. Traducción. Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

5. Reseña bibliográfica. Síntesis concreta con una visión crítica de una publicación estilo libro que describe la importancia, los aspectos destacados y los aportes particulares de la publicación.

Criterios de elegibilidad de los artículos

El material que se ponga a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Claridad y precisión en la escritura: la redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

2. Originalidad: el documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.

3. Objetividad y validez: las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.

4. Importancia y aportes al conocimiento: el documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

Información del autor

Los artículos deben ser enviados únicamente a través del sistema ojs (Open Journal System):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

El autor de un artículo debe remitirlo con una carta en la cual indique su dirección, teléfono y correo electrónico vigente. Si el artículo es de varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo. Para el caso de los informes de investigación, el investigador principal asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son au-

tores, y se listan en los reconocimientos. Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada en relación con la aceptación o rechazo de su artículo.
- De publicarse, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

Proceso de elección y revisión de artículos

El procedimiento para la revisión y posterior elección de los artículos a incluir en la revista *Avances en Enfermería* es el siguiente:

1. Una vez sometidos a través del sistema *ojs*, todos los artículos remitidos al Comité Editorial son revisados inicialmente por el/la Editor/a Asistente para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en las *Instrucciones para los autores*. De no cumplir con estos criterios, el documento será rechazado para continuar con el proceso de evaluación. Si las falencias son mínimas, el manuscrito será enviado a su/s autor/es con indicación de corregirlas antes de seguir el proceso.
2. Si cumple con los requisitos formales, el documento será sometido al sistema anti-plagio de la revista y se le hará un exhaustivo seguimiento de las referencias bibliográficas, luego de lo cual el/los autor/es recibirá/n una notificación de recibido por medios electrónicos.
3. Acto seguido, el artículo se remite al Comité Editorial para que designe dos (2) pares evaluadores para su revisión: uno de ellos docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y otro externo a ésta —nacional o internacional—, los cuales deben ser expertos en el tema que trata el artículo. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente

por otro, se designa uno tercero, y con base en su concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. La identidad del autor de un artículo no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos al primero. El plazo para la emisión de conceptos que se dan a los pares evaluadores será de quince (15) días calendario y será notificada a cada par evaluador la fecha estimada de recepción del concepto.

4. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una comunicación electrónica en la que se le indican los conceptos de los pares evaluadores, se señala la decisión tomada y, de ser aceptado, se le informan las sugerencias y cambios a que haya lugar antes de publicar el artículo.
5. Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que dé su aprobación en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles. El autor debe enviar la autorización y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo las que han sido sometidas a cambios por el/la corrector/a de estilo o Editor/a Asistente.
6. Si cinco (5) días hábiles después de la recepción del documento el autor no se pronuncia al respecto, el Comité Editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se hicieron sobre el manuscrito.
7. El autor debe enviar al Comité Editorial sus datos en el formato *Publindex*.

Requisitos para la presentación de artículos

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- Carta de cesión de derechos: los artículos deberán ser remitidos con una carta de los autores, manifestando que los materiales son inéditos. Adjuntarán hoja de vida.

- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni las 25 páginas tamaño carta, debe estar escrito en letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los 4 lados.
- Las páginas del documento deben estar numeradas.

Portada

Título: Debe aparecer el *título*, el cual debe ser preciso, no tener más de 80 caracteres y venir en español, inglés y portugués. Dentro del texto no debe describirse la presentación del/los autor/es, sino incluirse en un archivo aparte y constar de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está/n vinculado/s, dirección electrónica vigente para contactarlo/s, ciudad y país.

Resumen: El artículo incluirá un *resumen* en español, inglés y portugués y no debe contener más de 250 palabras. Debe plasmar el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo. En caso de artículos originales, el resumen debe estar estructurado por los apartados Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y la conclusión.

Palabras clave (o descriptores): Se deben incluir de 3 a 5 descriptores o palabras clave en el idioma original, que correspondan a los Decs (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Nota: El documento no debe señalar nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.

Ayudas y subvenciones

Si el trabajo es derivado de investigación se debe incluir el nombre de la investigación original. Para el caso de investigaciones que hayan tenido patrocinio o subvención de instituciones, se debe adicionar esta información.

Conflicto de intereses

Los autores deben diligenciar la CERTIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD. Consultar: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

Lineamientos generales para la estructuración y presentación de artículos originales (formato IMRYD)

1. Introducción: en esta sección el autor debe incluir el problema, el objetivo o propósito del estudio y la argumentación lógica.

2. Materiales y Métodos: incluye el tipo de estudio, el fenómeno estudiado, las medidas, los análisis de datos y el proceso de selección de la muestra del estudio, especificando el tiempo y el lugar. También, instrumentos utilizados y métodos de análisis empleados. Si es el caso, los aspectos éticos contemplados en el estudio y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

3. Resultados: deberán ser presentados en forma lógica, con las directrices del propósito y con las respuestas a la pregunta de estudio. Deben contener los datos y sus respectivos análisis. En el caso que se utilicen tablas, cuadros, gráficas e imágenes, éstos deben estar numerados de acuerdo a como han sido citados en el texto, contener su respectivo título, el cual será breve y claro, y la fuente de la información. Además, las gráficas, diagramas, imágenes, dibujos lineales, mapas y fotografías deberán presentarse en el programa original que se utilizó para elaborarlas (*Excel, Word, Power Point, Paint*, etc.).

4. Discusión: en ésta se destacarán las consideraciones nuevas y más importantes de la investigación, además de las conclusiones que de ella surjan. Deberá dar cuenta de las interpretaciones del autor y de las explicaciones en relación con sus hipótesis originales y con las fuentes bibliográficas estudiadas, las cuales deberán ser consistentes con la investigación. Podrá incluir las implicaciones para la práctica clínica y las recomendaciones para futuros estudios.

5. Referencias: la revista *Avances en Enfermería* sigue las orientaciones sobre referencias bibliográficas

del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por lo cual se exige que el manuscrito se complemente estrictamente con las *Normas Vancouver*. Consultar: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

De acuerdo a los requerimientos de indexación en cuanto a la vigencia y calidad de la bibliografía, en la lista de referencias sólo se aceptará un 20% de la denominada "Literatura Gris" (libros, capítulos de libros, tesis, disertaciones, memorias, guías, informes, reportes, manuales, datos estadísticos, leyes, auto-citas, citas de otras citas, etc.), es decir: todas aquellas referencias que no provengan de artículos de investigación publicados en revistas indexadas. Así mismo, es necesario que las referencias de revistas indexadas procedan de artículos de no más de 5 años de publicación. El manuscrito enviado deberá tener el número mínimo de referencias exigido por la revista, conforme la sección (tipo de artículo) en la que se haya incluido. El Equipo de Redacción hará un exhaustivo seguimiento de estos requerimientos, resultado que determinará si el manuscrito continúa el proceso, si es necesario realizar ajustes de referencias o incluso si debe ser rechazado.

Las referencias bibliográficas deberán numerarse consecutivamente, entre paréntesis y en tamaño normal, de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto. A continuación se presentan ejemplos de la forma de presentación de los documentos y referencias respectivas:

- *Artículo de revista*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título abreviado de la revista. Año;volumen (número);página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después del éstos las palabras la abreviatura *et al.*
- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación: editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título del capítulo. La palabra "En": director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.
- *Ponencias*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. "En": título oficial del Congreso, Simposio o Seminario. Lugar de publicación: editorial, año, página inicial y página final de la ponencia.
- *Artículo de revista en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [revista en Internet]. Año [día mes año de consulta];volumen(número);página inicial-final. "Disponible en: (URL o DOI)"
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; fecha de publicación [día mes año de última actualización; día mes año de consulta]. "Disponible en: (URL)"
- *Material audio visual*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, DISQUETE según el caso) Edición. Lugar de edición: editorial y año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre del boletín oficial. Número y fecha de publicación.
- *Tesis de doctorado/maestría*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría o doctorado]. Lugar de publicación: editorial, año. Paginación.
- *Material no publicado*: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. "En prensa". Fecha.

Ética na publicação científica

A revista *Avanços em Enfermagem* define os seguintes critérios e recomendações relacionadas com a ética na publicação de artigos científicos:

1. Critérios gerais

- 1.1. Os manuscritos devem conter suficiente detalhe e referências que permitam replicar ou rebater o estudo.
- 1.2. As declarações fraudulentas ou deliberadamente inexatas constituem um comportamento antiético.
- 1.3. Se o estudo incluir produtos químicos, procedimentos ou aparelhos que apresentam qualquer risco inusual inerente a seu uso, o autor deve identificá-los claramente no interior do artigo.
- 1.4. Se o estudo implicar o uso de animais ou de seres humanos, o autor deve garantir que o artigo contenha uma declaração que explicita que se realizaram todos os procedimentos de conformidade com as diretrizes e com a normativa ética.
- 1.5. Devem respeitar-se os direitos de privacidade dos seres humanos.

2. Autoria

Critérios:

- 2.1. Um *autor* é a pessoa que fez uma contribuição intelectual significativa ao estudo. Desta maneira, todas as pessoas nomeadas como *autores* devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que os reúnam devem ser mencionados de forma explícita.

- 2.2. Devem se cumprir coletivamente três critérios básicos para ser reconhecido como autor:
 - a) Contribuição substancial à conceição e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
 - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
 - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
- 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
- 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos — são frequentemente pagados por promotores comerciais — ; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.

- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnam os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

3. Mudanças na autoria

Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.
- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
- A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
 - A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

4. Conflito de interesses

Critérios:

- 4.1. Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Este tipo de conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser
- diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
 - indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.

- 4.3. Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha

- algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
- opiniões pessoais eu estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

Recomendações:

- 4.4. Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.
- 4.5. Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informe e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- 4.6. Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- 4.7. Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento”— em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- 4.8. Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- 4.9. Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- 4.10. Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

5. Publicação duplicada

Critérios:

- 5.1. Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original,

ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.

- 5.2. Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante paráfraseio.
- 5.3. Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada ou uma dupla recontagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.

Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados — também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso o primeiro editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.

5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretrizes que ao respeito possam existir.

5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

6. Reconhecimento das fontes

Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.
- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

7. Fraude científica

Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
 - a) Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
 - b) Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.
- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilção, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.
- 7.7. Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.

8. Plágio**Critérios:**

- 8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.
- 8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:
 - a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro.
 - b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução.
- 8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.
- 8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

Recomendações:

- 8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.
- 8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.
- 8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.
- 8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.
- 8.9. Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.
- 8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.
- 8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

9. Fragmentação**Critérios:**

A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.

- 9.1. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.2. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer, equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente envia a *base de dados científica*, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

Recomendações

- 9.3. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.4. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceites.

10. Consentimento informado

- 10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comité de ética.
- 10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.
- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas —partes de entrevistas— devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.

11. Correção de artigos publicados

Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

Bibliografia

Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.º 3 (noviembre de 2010):246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_COI01a_updatedURL.pdf.

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_updatedURL.pdf.

———. "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.

———. "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

———. "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf.

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf.

———. "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf.

Instruções para os autores

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada quatro meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspetos relativos ao processo:

Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica. Documento original que apresenta detalhada-

mente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. Artigo de reflexão. Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integramos resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

1. Editorial. Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

2. Documento de reflexão não derivado de pesquisa. Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Relatório de caso. (*Situações de enfermagem*) Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

4. Tradução. Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

5. Resenha bibliográfica: Síntese concreta com uma visão crítica de uma publicação estilo livro que descreve a importância, os aspectos destacados e os aspectos particulares da publicação.

Crerios de elegibilidade dos artigos

O material que for colocado para apreciação do Comitê Editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

1. Clareza e precisão na redação: a redação do documento deve ser coerente como conteúdo e clara para o leitor.

2. Originalidade: o documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

3. Objetividade e validade: as afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

4. Importância e contribuições ao conhecimento: o documento faz contribuições interessantes para modernizar o tema objeto de pesquisa.

Informação do autor

Os artigos devem ser enviados por meio do sistema ojs (Open Journal System): <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone, fax e e-mail. Se o artigo é de vários autores, é preciso identificar a contribuição de cada autor no trabalho. No caso dos relatórios de pesquisa, o pesquisador principal assumirá a responsabilidade sobre a integridade e confiabilidade dos dados compilados. Se a autoria de um artigo é grupal, é preciso nomear um ou mais autores para assumirem a responsabilidade em nome do grupo. Nesse caso, os outros membros não são autores, e serão incluídos na lista de reconhecimentos. Quando um artigo for submetido à apreciação do Comitê Editorial, seu autor aceita que:

- Sob nenhum conceito receberá pagamento algum pela inclusão de seu documento na publicação.
- Não poderá apresentar o mesmo documento à consideração de comitês de outras publicações até não obter resposta escrita sobre a decisão tomada a respeito da aceitação ou recusa de seu artigo.

- Caso o artigo for publicado, ele torna-se propriedade permanente da Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia e não poderá ser publicado em outro meio sem licença escrita do autor e da Universidade.

Processo de seleção e revisão de artigos

O procedimento para eleger os artigos a serem incluídos na revista *Avances en Enfermería* é o seguinte:

1. Todos os artigos encaminhados ao Comitê Editorial da revista são revisados inicialmente pelo/a Editor/a Assistente a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas *Instruções para os autores*. Caso o artigo não obedecer esses critérios, o documento será rejeitado para continuar o processo de seleção. Se as falências forem mínimas, o escrito será devuelto ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação, com indicação de corrigi-las antes de continuar o processo.
2. Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requerimentos formais, o documento será submetido ao sistema anti-plágio da revista, e se fará um exaustivo seguimento das referências bibliográficas, depois o/s autor/es receberão uma notificação de recebido por meio eletrônico.
3. Logo depois, o artigo se remite ao Comitê Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão: um deles docente da Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia e outro pessoal externo à universidade —nacional ou internacional—, ambos com grande saber notório na área do artigo. Se o artigo é avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide a inclusão do documento na publicação. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro. O prazo para a emissão de conceitos que se dão aos pares avaliadores será de quinze (15) dias calendário e será notificada a cada par avaliador a data estimada de recepção do conceito.
4. Com base nos conceitos dos pareceristas avaliadores, o comitê decide se o artigo será publicado ou não. Em ambos os casos, o autor recebe uma

comunicação eletrônica que inclui as opiniões dos pareceristas e a decisão tomada. Se o artigo for aceito, o autor recebe confirmação sobre as sugestões e correções aplicáveis antes de publicar o artigo.

5. Depois de receber as correções aplicadas pelo autor, o Comitê Editorial envia o documento a um corretor de estilo ou editor de documentos. Quando acaba a edição correspondente, o artigo é devolvido ao autor, quem terá prazo de cinco dias úteis para dar a aprovação final. O autor deve enviar a autorização e apontar claramente as correções não aceites, dado que com isso, ele fica responsabilizado por todas as afirmações feitas no artigo, incluindo aquelas que foram mudadas ou corrigidas pelo/a corretor/a de estilo ou Editor/a Assistente.
6. Se nos cinco dias úteis posteriores ao recebimento do documento o autor não se pronunciar ao respeito, o Comitê Editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.
7. O autor deve enviar os dados do formato Publin-dex ao Comitê Editorial.

Requisitos para apresentação de artigos

A revista *Avances de Enfermería* e seu conteúdo são propriedade da Universidad Nacional de Colombia.

Antes de enviar um documento, verifique a observância com as seguintes especificações:

- Carta de atribuição de direitos: os artigos deverão ser enviados com uma carta dos autores, afirmando que os materiais são inéditos. O currículo deve estar ajuntado.
- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos 4 lados.
- As páginas do documento devem estar numeradas.

Capa

Título: Deve aparecer o título, que deve ser claro, não conter mais de 80 caracteres e estar em espanhol, inglês e português. Dentro do texto NÃO deve descrever-se a apresentação do/s autor/es, já que esta deverá incluir-se em outro arquivo e conter: nomes e sobrenomes completos, titulação acadêmica, cargo atual e vinculação institucional, bem como endereço eletrônico vigente para contatá-lo/s, cidade e país.

Resumo: O artigo deve incluir resumo em Espanhol, Inglês e Português, não deve ter mais de 250 palavras.

Nele tem que se encontrar o objetivo, os pontos focais e as conclusões do artigo. Nos artigos originais, o resumo deve ser estruturado de modo a definir o Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Para artigos de revisão, reflexões e traduções, o resumo deve incluir Objetivos, Resumo e Conclusão.

Palavras-chave (ou descritores): O artigo deverá incluir de 3 a 5 descritores ou palavras chave no idioma original, que correspondam aos DECS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Atenção: O documento NÃO deve apontar os nomes comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, a menos que seja absolutamente necessário.

Subvenções e subsídios:

Se o trabalho for o resultado de uma pesquisa deverá incluir o nome da pesquisa original. Para o caso das pesquisas que tiveram patrocínio ou financiamento de instituições, deve-se incluir esta informação.

Conflito de interesse

Os autores devem preencher a CERTIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE. Consultar em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

Diretrizes gerais para a estruturação e apresentação de artigos originais (formato IMRED)

1. Introdução: Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

2. Materiais e Métodos: Inclui o tipo de estudo, o fenômeno estudado, as medidas, os análises de dados e o processo de seleção da população do estudo, especificando o tempo e lugar. Além disso, deve incluir Instrumentos utilizados, os métodos de análise utilizados. Se for o caso, os aspectos éticos abordados no estudo e aprovação do Comitê de Ética pertinente.

3. Resultados: devem ser apresentados de uma forma lógica, com as diretrizes do propósito e com as respostas à pergunta de estudo. Deve conter os dados e os análises dos mesmos. Caso forem usadas tabelas, quadros, gráficos e imagens, devem ser numerados de acordo com a ordem como foram citadas no texto, conter o respetivo título, que deve ser breve e claro devendo aparecer a fonte de informação. Além disso, os gráficos, diagramas, imagens, desenhos lineares, mapas e fotografias, deverão apresentar-se no programa original que usou-se para elaborá-las (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discussão: Nesta se dará destaque às considerações novas e mais importantes da pesquisa, além das conclusões que dela surjam. Deverá dar conta das interpretações do autor e das explicações em relação com suas hipóteses originais e com as fontes bibliográficas estudadas, as que deverão ser consistentes com a pesquisa. Poderá se incluir as implicações para a prática clínica e as recomendações para futuros estudos.

5. Referências: A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, pelo que se exige que o escrito se complemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- *Artigo de Revista:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Abreviatura internacional do título da revista. Ano, volume (número): página inicial e final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras et al serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias:* Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação: editora e ano.
- *Capítulo de Livro:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do capítulo. Palavra "Em": Diretor/Coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: editora; ano. Página inicial e final do capítulo.
- *Palestras:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação: editora, ano, página inicial e final da palestra.
- *Artigo de revista on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo, título abreviado da revista [periódico na Internet], ano [dia mês ano de consulta]; volume (número): páginas inicial e final. "Disponível em: (URL)"
- *Livro ou monografia on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet] Volume. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. [dia mês ano da última atualização; dia mês ano de consulta]. "Disponível em: (URL)"
- *Material audiovisual:* sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, DISCO segundo o caso) Edição. Local de edição: editora e ano.
- *Documentos legais:* Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome do diário oficial. Número e data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado ou doutorado]. Local de publicação: editora, ano. Paginação.
- *Material inédito:* refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais do nomes dos autores. Título. Nome da publicação. Na imprensa. Data.

Editorial policy

Ethics in scientific publication

The journal *Avances en Enfermería* stipulates the following principles and recommendations concerning ethics in scientific articles publication:

1. General principles

- 1.1. Manuscripts should include enough details and references that the article may be replied or refuted.
- 1.2. Fraudulent or deliberately inaccurate statements constitute an anti-ethical behaviour.
- 1.3. If research includes chemical products, procedures, or equipment involving any unusual risk inherent in their use, authors must identify them clearly in the main part of the article.
- 1.4. If research implies the use of animal or human beings, authors should make sure that the article contains an explicit statement declaring that all the procedures were carried out in conformity both with the guidelines and ethical regulations.
- 1.5. Rights to privacy of human beings should be respected.

2. Authorship

Principles:

- 2.1. An *author* is the person who has made significant intellectual contribution to the investigation. Thus, anyone mentioned as *author* should fulfil all the requirements of authorship; and, in accordance, anyone who fulfils those requirements should be explicitly mentioned as author.

- 2.2. Authors should satisfy completely three basic requirements to be recognized as such:
 - a) Considerable contribution to the conception and design; data collection; and the analysis and interpretation of research.
 - b) Drawing-up or checking of the intellectual content.
 - c) Approval of the final version.
- 2.3. Authorship's arrangement should be a joint decision of co-authors.
- 2.4. Those people who, taking part in the research, do not satisfy the requirements of authorship, should be mentioned as *contributors* or *acknowledged persons*.
- 2.5. There are three unacceptable kinds of authorship: *ghost* authors who do contribute substantially to the investigation, but are not recognized –they are usually paid by commercial developers–; *guest* authors who do not noticeably contribute to the investigation, but are mentioned in order to increase the possibilities of the article to be published; and the *ad honorem* authorships, based only in a slight affiliation to the study.

Recommendations:

- 2.6. Before the beginning of the investigation, it is recommended to document the functions of each investigator and how their authorship will be recognized.
- 2.7. There should be no lies about someone's participation in the investigation or publication. If his/her contribution is deemed as *substantial*, then the authorship is justified, whether as *author* or as *contributor*.
- 2.8. No authorship should be assigned without the approval of the person involved.

- 2.9. Anyone mentioned as author should fulfil all the requirements of authorship, and all who meet those requirements should be mentioned as *authors* or *contributors*.
- 2.10. A number of teams present their authors in alphabetical order, in some cases with an explanatory note declaring that all authors contributed equally both to the investigation and to the publication.

3. Modifications in authorship

Principles:

- 3.1. It refers to the addition, suppression, or rearrangement of authors' name in the authorship of an admitted article.
- 3.2. Requests demanding addition or suppression of authors, or the rearrangement of authors' names, should be sent by the respective author of the admitted article, and should include:
 - a) The causes justifying the addition or suppression, or the rearrangement of the authors' names.
 - b) Confirmation in writing (by e-mail) of all authors agreeing with the addition, suppression or rearrangement. If authors' addition or suppression is required, it must be attached same author's confirmation of his/her addition or suppression.

4. Conflict of interests

Principles:

- 4.1. There is possible conflict of interests if an investigator or author has opinions or personal/financial interests that may affect his/her objectivity, or influence inappropriately his/her actions. These conflicts may be real potential.
- 4.2. The more evident conflicts of interests are associated with financial relationships, which may be:
 - a) *Direct*: employment, stocks ownership, scholarships and patents.
 - b) *Indirect*: fees, consultancy to development companies, investment funds' ownership, paid expert witness.

4.3. Conflicts could also emerge as result of personal relationships, academic rivalry, and intellectual passion. For instance, an investigator who has:

- a) Any kind of personal interest in investigation's results.
- b) Personal opinions in direct conflict with the subject under research.

Recommendations:

- 4.4. Reveal if there exists any real or potential conflict of interests that may influence inappropriately (slant) the work, by influencing improperly in the findings or results of research, in a three-year period since the beginning of the submitted work.
- 4.5. Reveal the role played by one or more promoters of the study —if any—, in the design of study; in gathering, analysis and interpretation of data; in report's drawing-up; and in the decision to submit the article to be published.
- 4.6. Investigators should not agree on terms interfering with their access to all data; with their capacity to analyse them independently; or with the manuscript's preparation or publication.
- 4.7. When submitting a document, there should be an explicit statement —under the heading "Role of the funding source"— in an independent section of the text and placed before the section of *References*.
- 4.8. Some instances of possible conflicts of interest that must be revealed may be: employment, consultancy, stocks ownership, fees, paid expert witness, patents/registry applications, and requests to subvention or another funding source.
- 4.9. Every funding source of the project must be revealed.
- 4.10. The role of the project sponsor should be described.

5. Duplicate publication

Principles:

- 5.1. Authors are obliged to prove their article to be based in original research, i.e., to have been not previously published. Intentional sending or re-

sending of your work to another journal, thereby generating duplication, is considered a breach of editorial ethics.

- 5.2. Duplicate or multiple publications occur when two or more articles, without mutually referencing each other, share essentially the same hypothesis, data, discussion points, or conclusions. This may occur in different degrees: word-for-word duplication; partial but substantial; or even duplication by paraphrase.
- 5.3. Among the principal reasons why duplicate publication of original researches is considered non-ethical, is that it may allow *inadequate weighting* or *involuntary double recount* of results of a single research, thereby distorting available evidence.

Recommendations:

- 5.4. Articles submitted for publication should be originals and should not be submitted to another journal. When submitting, authors should reveal details of articles relating to theirs—even in another language—, similar articles in press and translations.
- 5.5. Both authors and editors should have continual communication about the state of articles under review; if authors decide to give up the process and withdraw the article, they are obliged to notify the journal about it, before come in contact with another journal.
- 5.6. Avoid submitting articles previously published in another journal.
- 5.7. Avoid submitting to more than one journal articles that describe essentially the same research.
- 5.8. Always indicate previous submissions of the article—including presentation in meetings and inclusion of results in registries—that may be deemed as duplicate publication.
- 5.9. Avoid writing in two or more articles about your own research from different angles, or about different aspects of the research, without mentioning the original article.
- 5.10. Creating several publications about no-multi-centre investigations is considered as not recommended behaviour.
- 5.11. If you wish to submit your articles to a journal published in another country or in another language, please ask for information and guidelines about it to the publishing company.

- 5.12. At the time of submission, indicate every detail about articles relating to yours in a different language, and all current translations.

6. Recognition of sources

Principles:

- 6.1. Authors should reference publications that have been influential in the determination of the nature of the submitted article.
- 6.2. Information obtained privately should not be used without explicit permission in writing of the source.
- 6.3. Reuse of tables or figures requires permission of the authors and the publishing company that should be adequately indicated in the legend of the table or figure.
- 6.4. Information obtained in the course of confidential services (e.g. manuscripts of peer review or subvention requests) should not be used without explicit permission in writing of the author of the work involved in those services.

7. Scientific fraud

Principles:

- 7.1. Fraud in scientific publication makes reference to the presentation of false data or results as well as data or results not generated through rigorous investigation process.
- 7.2. Following are the kinds of fraud in publication of investigation results:
 - a) Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
 - b) Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

Recommendations:

- 7.3. Before the first submission of an article, read carefully journal's editorial and data policies.

- 7.4. Never modify or omit data intentionally. This includes investigation materials, analysis methods, processes, equipment, tables, references, and bibliographic references.
- 7.5. Both fabrication and falsification of data are serious forms of misbehaviour, because both of them result in scientific publications not reflecting precisely the observed truth.
- 7.6. Authors should adequately manage data that support investigation, with special care in data collecting, production, keeping, analysis and communication.
- 7.7. Keep thorough records of raw data, which should be accessible in case editors request them even before article's publication.

8. Plagiarism

Principles:

- 8.1. Plagiarism is one of the more common ways of misconduct in publishing. It occurs when one of authors passes other people's work off as his own, without permission, mention or acknowledgment. Plagiarism appears under different ways, from word-for-word copy to paraphrase of other people's work, including data, ideas, concepts, words or sentences.
- 8.2. Plagiarism has different levels of seriousness, for instance:
 - a) The amount of work taken from another person's work: several lines, paragraphs, pages, the entire article.
 - b) What was copied: results, methods or introductory section.
- 8.3. Plagiarism in all its forms constitutes an unacceptable non-ethical conduct in editorial and academic spheres.
- 8.4. Word-for-word copy is acceptable only if the source is indicated and the copied text included with adequate marks of citation.

Recommendations:

- 8.5. Always remember that it is essential to recognise other people's work—including your adviser's work, or your own previous work—as part of the process.

- 8.6. Do not reproduce any work word-for-word, either partially or entirely, without permission or mention of the original source.
- 8.7. Keep a record of sources used during investigation, and where did you use them in the article.
- 8.8. Make sure that the original source is entirely acknowledged and adequately referenced in your article.
- 8.9. When referencing the source, avoid using another people's work word-for-word unless you enclose it in quotes and only in case of strict necessity.
- 8.10. Only if the source is correctly indicated and if you make sure of not altering the significance of the source's intention would the paraphrase be acceptable.
- 8.11. Enclose in quotes and reference all contents taken from a previously published source, even if you are stating them with your own words.

9. Fragmentation

Principles:

- 9.1. *Fragmentation* consists in dividing or segmenting a big research in two or more publications.
- 9.2. It is considered an unacceptable conduct that *fragments* of a divided research share the same hypothesis, sample and methods.
- 9.3. The same *fragment* should not be published more than one time, since fragmentation may allow distortion in literature, and may have readers believe that data presented in each *fragment* (i.e., each *article*) are derived from a different sample of subjects.

Recommendations:

- 9.4. Avoid fragmenting inappropriately the data of just one research in two or more works.
- 9.5. When submitting a work, be transparent during the process. Send copies of other manuscripts closely relating to the manuscript involved.

10. Informed consent

Principles:

- 10.1. Research on patients or volunteers should be approved by an ethics committee.

- 10.2. Informed consent should be appropriately documented.
- 10.3. Permissions and releasing should be obtained when authors wish to include case details or any other personal images or information of patients or anyone else.
- 10.4. When obtaining informed consent, care should be taken regarding participants, especially vulnerable people. For instance, children with special needs or learning disabilities. It must be recalled that the use of photographs or explicit declarations of patients (parts of an interview) should have authorization in writing of those involved or their legal representatives.

11. Correction of published articles

Principles:

- 11.1. When authors detect mistakes or relevant inaccuracies in the published work, they are obliged to notify immediately the journal and to cooperate in the process of correction.

Bibliography

Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.

Elsevier. Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_coi01a_updatedURL.pdf.

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_ssb01a_updatedURL.pdf.

———. "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.

———. "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

———. "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_ss01a_updatedURL.pdf.

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_rf01a_updatedURL.pdf.

———. "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_pla01a_updatedURL.pdf.

Instructions to authors

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published thrice a year and receives articles written in Spanish, Portuguese and English. When sending articles to publication, please consider the following features about the process:

Articles types to publication (according to Colciencias)

1. Scientific and technological research article. Original manuscript that presents in detail the original results of research projects. The structure generally used contains four important sections: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. Minimum of bibliographic references required: 25.

2. Reflection article. Document that presents research results from the author's analytic, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. Literature review article. Document that results from investigation in which the results of published or unpublished investigations are analyzed, systematized and integrated on a field of science or

technology in order to report on advancement and development trends. Its main characteristic is to present a careful bibliographic review of at least 60 references.

Other contributions not derived from researches

1. Editorial. Document written by the Chief Editor, an Associated Editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher, about orientations in the subject domain of the journal.

2. Reflection document not derived from investigation. Manuscript like essay not resulting from a research.

It applies interpretative analytic perspective or critics of the author on a specific topic based on original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. Case report (Nursing situations). Document that presents the results of a study regarding a particular situation in order to show technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a commented systematic review of the literature on analogue cases. Minimum of bibliographic references required: 15.

4. Translation. Translations of classic or current texts or transcripts of historic documents or texts for particular interest on the journal's publication domain.

5. Bibliographical outline. Specific synthesis with a critical view for a book publication that describes significance, outstanding topics and characteristic contributions of the publication.

Articles selection criteria

The material submitted to Editorial Committee should meet the following criteria:

1. Clear and precise writing: The document's wording should provide coherence on the contents and clarity to readers.

2. Originality: The document must be original, that is to say: it must be produced directly by the author, it should not be an imitation of other documents.

3. Objectivity and validity: The statements should be based on valid data and information.

4. Importance and contribution to knowledge: The document makes interesting contributions to the state of art of the object of the study.

Information of authors

Manuscripts must be submitted only through ojs system (Open Journal System):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

Authors must send articles forward them accompanied with a letter indicating their address and updated electronic mail. If the article has several authors, each author's contribution should be identified. In case of investigation reports, the main researcher shall assume the responsibility over the integrity and reliability of the collected data. If the article was produced by a group, one or more researches should be designated to assume the responsibility on behalf of the group. In this case, the other members are not perceived as authors, and they shall be listed on the acknowledgement list. When submitting an article to the Editorial Committee, its author accepts that:

- In no case shall he/she receive any payment for the inclusion of the article in the publication.
- He/she can not submit the same article to the consideration of other publications' Editorial Committee until he/she obtains an answer in writing on the decision made regarding acceptance or rejection of his/her article.
- In case of publication, his/her article becomes permanent property of the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia and cannot be published in any other media without written permission from its autor and the University.

Articles selection and revision procedure

The procedure to select articles and ensuing revision for inclusion in *Avances en Enfermería* is as follows:

1. As soon as manuscripts are submitted through *ojs*, they are sent to Editorial Committee and shall be initially reviewed by the Editor Assistant to verify that they comply with the formal elements required in the *Instructions to authors*. Should they not fulfill those criteria, the document shall be excluded of the selection process evaluation. If errors are minor, manuscript will be returned to the author, indicating the failures found in the first evaluation.
2. If it complies with the formal requirements, the document is then submitted to our Non-Plagiarism System and its bibliographic references will be thoroughly revised. Subsequently, we sent an email to inform authors manuscript was received.
3. Immediately, manuscript is sent to two peer-reviewers appointed by Editorial Committee for its review: one of them shall be a professor at the Universidad Nacional de Colombia and the other from outside the university—foreign or native—who should be experts on the topic addressed in the article. If manuscript is positively evaluated by one evaluator and negative by other, one third is appointed, and based on his/her opinion the document inclusion is decided in the publication. The author's identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluators' names shall not be disclosed to the author.
4. Based on the evaluators' opinion, Committee shall decide if the article is published or not. In any case, the author shall receive an email indicating the opinion of the peer-reviewers, stating the decision made and, if it is accepted, the appropriate suggestions and changes shall be confirmed to the author before article is published.
5. Once changes are received from the author, Editorial Committee shall send the manuscript to copyeditor and/or proofreader. Once corresponding edition is completed, manuscript is returned to the author for his/her approval in a term no longer than five (5) working days. Authors should send authorization and state precisely the changes he/she does not accept, this authorization makes him responsi-

ble for all the statements made in his/ her article, including those submitted to changes by copyeditor and/or proofreader and authorized by authors.

6. If five (5) working days after reception of document, autor/s have/s not made any statement regarding contents, Editorial Committee shall assume that he/she/they accept/s editorial changes that were made.
7. Authors should forward the Publindex form data to Editorial Committee.

Requirements to submit manuscripts

The journal *Avances en Enfermería* and its contents are property of Universidad Nacional de Colombia. Before submitting a document, please verify if it satisfies the following specifications:

- Letter of assignment of rights: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials are unpublished. A curriculum vitae must be attached by authors.
- Document shall not exceed 5 000 words or 25 letter-size pages. It is typed in Times New Roman font size 12, double space/writing (2,0), and using 2.5 cm margins for all four sides of the format.
- Document pages should be numbered.

Cover

Title: title must be visible, accurate, and include no more than 80 characters, and translate from native language into English, Spanish and Portuguese. Within the text it should not be described the presentation of author/s, but it should be included in a separate file and consists of: full names, educational background, current position and Work institution he/she/they is/are part of, updated email address to contact him/her/them, city and country.

Abstract: manuscript will include abstract in Spanish, English and Portuguese, should have no more 250 words that should capture the article's objective, key points and conclusions of research. In original articles,

abstract structure must present the Purpose, Methods, Results and Conclusions. For review articles, reflections, translations, the abstract must include purpose, summary and conclusion.

Key words (or descriptors): manuscript must include from 3 to 5 descriptors or key words in Spanish, English and Portuguese and they must match up with DECS (BIREME). Website at: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Note: Document does not mention any commercial names of drugs, equipment or material, unless strictly necessary.

Grants and subsidies: If the writing is a result of a research work it should include the name of the original research. For the case of sponsored research that have been sponsored or funded by any institution, manuscript has a final section in which the sponsor is mentioned.

Conflict of interest (COI)

Authors must fill the CERTIFICATION OF ORIGINALITY. Visit:

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

General guidelines for structure and submitting original articles (IMRAD format)

1. Introduction: In this section authors should include the objective or purpose of the research and logical argument.

2. Materials and Methods: It includes the type of study, phenomenon studied, process of selection of the study population specifying time and place as well instruments and methods of analysis used. If it is applicable, the ethical aspects covered in the study and approval of corresponding Ethics Committee must be included.

3. Results: Results should be logically organized, with guideline of purpose and answers of research question. They must contain data and their corresponding analysis. In case tables, charts, graphs and images are used, they must be numbered following the order they were quoted in the text. The titles should be brief and clear. In addition, source of figures, graphs charts, images, sketches, line drawings, maps, photographs information should be presented on the file program used to create them (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discussion: In this section new and main considerations from research will be highlighted, along with the conclusions that be arised from them. It should point out the authors' interpretations and explanations related to their original hypotheses and studied literature sources, which must be consistent with research. It may include the implications for clinical practice and recommendations for future investigations.

5. Bibliographic references: The journal *Avances en Enfermería* follows the guidelines for bibliographical references of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Standards). See:

www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Bibliographic references should be numbered consecutively in brackets and in normal size, according to the order of appearance of the citations in the text. Instances of the presentation of documents and corresponding references are presented as follows:

- *Journal article:* Name and two initials of the names of autor/s. Title of article. International abbreviation of the journal name, year, volume, number, first and last page. When the article has more than six authors, the words *et all* shall be written after the sixth author's name.
- *Books and monographs:* Last name, two initials of the names of autor/s. Title. Edition. Place of publication: publisher and year.
- *Chapter of book:* Last name and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. "In": Director/ Coordinator/editor/compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication: publisher, year. First page of the chapter-end page of the chapter.
- *Presentations:* Last name and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. "In": Official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication: publisher, year, first and final page of the paper.

- *Online Journal Article*: Last name and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article, abbreviated title of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(number):first page-end page. "Available from (URL):"
- *Book or monograph online*: Author/s.Title [document on the Internet]. Volume. Edition. Place of publication: Publisher, date of publication [Date of last update; date of our consultation]. "Available from (URL):"
- *Audio-visual material*: Last name and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, DISK as the case may be). Edition. Place: publisher and year.
- *Legal documents*: Full name of the country. Name of emission law institution. Title of law, ordinance, oficial journal name, number and date of publication.
- *Master-Doctoral thesis*: Last name and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master or doctoral thesis]. Place of publication: publisher, year. Pages.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Author. Title. Name of publication. "In press". Date.

