

aa  
ee



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

### AVANCES EN ENFERMERÍA

**Ignacio Mantilla Prada**  
RECTOR GENERAL

**Carlos Alberto Garzón**  
VICERRECTOR GENERAL

**Juan Manuel Tejeiro Sarmiento**  
VICERRECTOR ACADÉMICO

**Jaime Franky Rodríguez**  
VICERRECTOR SEDE BOGOTÁ

**Catalina Ramírez Gómez**  
SECRETARIA GENERAL

#### CONSEJO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Yaneth Mercedes Parrado Lozano**  
DECANA  
PRESIDENTA DEL CONSEJO DE FACULTAD

**Yurian Lida Rubiano Mesa**  
VICEDECANA

**Luz Stella Bueno Gómez**  
DIRECTORA DE BIENESTAR

**María Erley Orjuela**  
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA  
BÁSICA DE SALUD DE COLECTIVOS

**Gloria Mabel Carrillo**  
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA  
BÁSICA DE ENFERMERÍA

**Luz Mery Hernández**  
DIRECTORA DE CARRERA

**Alba Idaly Muñoz Sánchez**  
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE  
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

**Lorena Chaparro Díaz**  
SECRETARIA DE FACULTAD

**Jeniffer Paola Cardona Malaver**  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE  
PREGRADO

**Martha Cecilia Triana Restrepo, Ph.D.**  
DIRECTORA

**Lina Maria Perilla-Rodríguez, Ph.D.**  
EDITORA ASISTENTE

#### COMITÉ EDITORIAL

**Alba Idaly Muñoz Sánchez, Ph.D.**  
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE  
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

**Celmira Laza Vásquez, Ph.D.**  
Fundación Universitaria de Ciencias de  
la Salud, Colombia

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

**María Helena Mejía Rojas, Ph.D.**  
Universidad del Valle, Colombia

**Ángela María Salazar Maya, Ph.D.**  
Universidad de Antioquia

**Taka Oguisso, Ph.D.**  
Universidade de São Paulo, Brasil

**Olivia Sanhueza Alvarado, Ph.D.**  
Universidad de Concepción, Chile

**María del Pilar Camargo Plazas, Ph.D.**  
University of Alberta, Canadá

**María Guadalupe Moreno  
Monsiváis, Ph.D.**  
Universidad Autónoma de Nuevo León,  
México

#### EDITORAS ASOCIADAS

**Luz Patricia Díaz Heredia, Ph.D.**  
Universidad Nacional de Colombia

**Viviana Marycel Céspedes  
Cuevas, Ph.D.**  
Universidad Nacional de Colombia

**Ana Maritza Gómez, Ph.D.**  
Universidad Nacional de Colombia

**Maria Del Carmen Bernal Roldán, MSc.**  
Universidad Nacional de Colombia

#### COMITÉ CIENTÍFICO

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

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

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

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

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

**María de los Ángeles Rodríguez  
Gázquez**  
Universidad de Antioquia, Colombia

**María Marlene Montes Valverde, Ph. D.**  
Universidad Santiago de Cali, Colombia

**Zuleima Cogollo Milanés, Ph.D.**  
Universidad de Cartagena, Colombia

#### 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 (PUBINDEX), categoría A2.

Scientific Electronic Library Online (SciELO Colombia)

Fuente Académica de EBSCO

Incluida en la Base de Datos CUIDEN de la Fundación INDEX, en  
Virginia Henderson International Nursing Library y en la lista  
Qualis-CAPES

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 mean 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: es 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 DIAZ Universidad Nacional de Colombia	DRA. VALÉRIA LERCH LUNARDI Universidade Federal do Rio Grande
MG. CLAUDIA ARIZA OLARTE Pontificia Universidad Javeriana	MG. MARIANGELA UHLMANN SOARES Universidade Federal de Pelotas
MG. FANNY RINCÓN OSORIO Universidad Nacional de Colombia	DRA. ISIS CHERNICHARO Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ
MG. CONSUELO ORTIZ SUAREZ Universidad Nacional de Colombia	MG. LEONOR LUNA TORRES Universidad Nacional de Colombia
DRA. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN Universidade Federal de Santa Catarina	MG. ORFA MORALES PADILLA Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge von Ahn. Guatemala, C.A.

### *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](mailto:revavenf_febog@unal.edu.co)

Volumen xxxiv n.º 3 septiembre-diciembre 2016

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261

Título abreviado: Av Enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra

Diagramación: Edgar Alexander Trillos Calvo - Divulgación Facultad de Enfermería

Impresión: Digiprint Editores E.U.

Impreso en Colombia-Printed in Colombia

# Contenido

## EDITORIAL

- 212 **Un nuevo equipo en la revista**  
Martha Cecilia Triana Restrepo

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- 214 **Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama**  
**Modelo de adaptação de Roy no banho de leito**  
Roy Adaptation Model in bed bath  
José Manuel Flórez Ramos, Renata Virginia González Consuegra, Kennedy Arturo Guerra Urrego

- 225 **Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola**  
**Problemas éticos en la práctica de profesionales de la salud en un hospital-escuela**  
Ethical issues in the practice of health professionals in a school-hospital  
Livia Cozer Montenegro, Heloiza Maria Siqueira Rénno, Carolina Silva Caram, Maria José Menezes Brito

- 235 **La experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria: estudio de caso**  
**A experiência vivida de uma mulher revascularizada pela doença coronária: estudo de caso**  
The lived experience of a woman with revascularization by coronary disease: case study  
Inna Elida Flórez Torres, Clara Victoria Giraldo Mora, María Angélica Arzuaga Salazar

- 249 **Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor**  
**Sobrecarga e qualidade de vida do cuidador principal do idoso**  
Overburden and quality of life of the primary elderly caregiver  
Jack Roberto Silva Fhon, Judyth Tereza Gonzales Janampa, Teresa Mas Huaman, Sueli Marques, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

- 257 **O olhar da pessoa idosa sobre a solidão**  
**La mirada del adulto mayor sobre la soledad**  
The elderly's look about loneliness

Karla Fonseca Cavalcanti, Jogilmira Macêdo Silva Mendes, Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, Kaisy Pereira Martins, Raquel Janyne de Lima, Patrícia Kelly Guedes Macêdo

- 266 **Política editorial**  
**Política editorial**  
Editorial policy

# Un nuevo equipo en la revista

---

• Martha Cecilia Triana Restrepo <sup>1</sup> •

---

• 1 • Ph.D. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: mctrianar@unal.edu.co

---

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.62443

---

Asumir la dirección de la revista *Avances en Enfermería* es un honor para mí, dada la trayectoria y los logros alcanzados por esta publicación en periodos y gestiones anteriores, los cuales le han permitido ser un referente a nivel nacional e internacional para la enfermería. De igual manera, asumir la dirección es un reto, comprendiendo que la revista tiene como objetivo divulgar el desarrollo teórico y el aporte para la práctica de la disciplina de enfermería, derivado de los productos de investigación, de las revisiones y de las reflexiones desarrollados por la comunidad académica y asistencial de enfermería. En este sentido, la revista constituye el medio a través del cual se produce el diálogo y el debate entre los miembros de la comunidad científica de la disciplina.

El nuevo equipo editorial de la revista cuenta con la participación de Lina María Perilla Rodríguez como Editora Asistente, profesional con formación en el área de Psicología, M.Sc y Ph.D en Ciencias en el área de la Psicobiología, con trayectoria en la edición de revistas científicas.

El equipo que ahora está encargado de la publicación de la revista continuará al frente de todo el proceso editorial, con la tarea de supervisar la calidad de la publicación, la divulgación de los productos investigativos, el nivel de indexación según las

políticas de medición actuales y el desafío de llevar la revista a mejores resultados en términos de visibilidad.

El plan de acción proyectado para el desarrollo de la revista en este periodo se orienta a fortalecer la gestión en cada fase del proceso editorial. En este sentido, se plantean como principales líneas de trabajo las siguientes:

1. Fortalecer el proceso de convocatoria y recepción de artículos mediante una comunicación eficiente y oportuna con autores, evaluadores y lectores; la conformación de un nuevo Comité Editorial y la rigurosidad en busca de altos estándares de calidad.
2. Reforzar la fase de revisión de artículos mediante la aplicación de herramientas que faciliten el proceso de evaluación por pares; el ajuste de los manuscritos y la consolidación de una base de datos actualizada.
3. Consolidar la fase de divulgación e indexación mediante la difusión de la revista en diferentes redes; la depuración de la información y los procesos para la indexación en el índice nacional *Publindex* y la inclusión en bases de datos académicas.

4. Continuar la política de publicación cuatrimestral con artículos de investigación científica y tecnológica, artículos de reflexión, artículos de revisión y otras contribuciones no derivadas de investigación en español, portugués e inglés.

5. Proponer la reflexión de la política y gestión de la revista en términos de su proyección, indexación, tendencias en el desarrollo teórico e investigativo de la disciplina, la relevancia y visibilidad.

Sin duda, las responsabilidades y tareas son muchas, la motivación, alta. Seguramente los logros serán satisfactorios y permitirán avanzar en el camino que se ha trazado para la revista, en virtud de que ésta sea un vehículo para la difusión del conocimiento y el reconocimiento del trabajo realizado por enfermeras/os en la academia, en la docencia y en la asistencia.

# Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama

## Modelo de adaptação de Roy no banho de leito

### Roy Adaptation Model in bed bath

---

• José Manuel Flórez Ramos<sup>1</sup> • Renata Virginia González Consuegra<sup>2</sup> • Kennedy Arturo Guerra Urrego<sup>3</sup> •

•1• Magíster en Enfermería. Docente Cátedra, Escuela Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. E-mail: jomfloreza@unal.edu.co

•2• Doctora en Salud Pública. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

•2• Especialista en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Medellín. Medellín, Colombia.

---

Recibido: 02/02/2015 Aprobado: 17/11/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.48780

---





## Resumen

**Objetivo:** Evaluar los efectos de dos tipos de baño en cama: seco y tradicional, frente a la respuesta adaptativa en modo fisiológico de Roy en paciente crítico cardiovascular (PCCV).

**Metodología:** Estudio de diseño cuasi-experimental, de intervención con preprueba y posprueba, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Medellín. El grupo experimental fue de 36 pacientes, a quienes se les realizó baño en cama seco; el grupo control fue de 36 pacientes, a quienes se les realizó baño en cama tradicional. Se utilizaron los estadísticos *Wilcoxon*, *U* de *Mann-Whitney* y el *Modelo de dos factores*, con medidas repetidas en un factor.

**Resultados:** Se encontró un efecto benéfico durante la realización del baño en cama en seco, puesto que los indicadores de tensión arterial y frecuencia respiratoria no presentaron respuestas inefectivas ( $p = 0,03$  y  $p = 0,013$ , respectivamente). Por otra parte, las variables *duración del baño* y *cuidados adicionales* fueron satisfactorias en comparación con el baño en cama tradicional.

**Conclusiones:** Los resultados permiten recomendar el uso del baño en cama en seco en paciente crítico cardiovascular (PCCV), en virtud de los efectos benéficos que facilitan los procesos de adaptación, contribuyendo así a cualificar el cuidado de enfermería en este tipo de pacientes.

*Descriptores:* Teoría de Enfermería; Cuidados Críticos; Procedimientos Quirúrgicos Cardiovasculares; Baños; Hemodinámica (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar os efeitos de dois tipos de banho de leito: secos e tradicionais, em relação à resposta adaptativa em modo fisiológico em paciente crítico cardiovascular.

**Metodologia:** Estudo do desenho quase experimental, da intervenção pré-teste e pós-teste, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Clínica de Medellín. O grupo experimental esteve composto por 36 pacientes, que foram submetidos a banho no leito em seco; e o grupo de controle esteve composto por 36 pacientes, que foram submetidos a banho no leito tradicional. As provas estatísticas *Wilcoxon*, *U* de *Mann-Whitney* e *Modelo de dois fatores* foram utilizadas, com medidas repetidas em um fator.

**Resultados:** Um efeito benéfico foi encontrado durante a realização do banho no leito seco, uma vez que os indicadores de pressão arterial e frequência respiratória não apresentaram respostas ineficazes ( $p = 0,03$  e  $p = 0,013$ , respectivamente). De outro lado, as variáveis *duração do banho* e *cuidados extra* foram bem sucedidos em comparação com banho no leito tradicional.

**Conclusão:** Os resultados permitem recomendar o uso de banho no leito seco em paciente crítico cardiovascular, sob os efeitos benéficos que facilitam os processos de adaptação, contribuindo assim para qualificar a assistência de enfermagem neste tipo de pacientes.

*Descritores:* Teoria de Enfermagem; Cuidados Críticos; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares; Banhos; Hemodinâmica (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To evaluate the effects of two types of bed bath: dry and traditional, with regard to adaptive response in physiologic mode on critical patient with cardiovascular disease.

**Methodology:** Quasi-experimental design study, of pre and post-test intervention, made in Intensive Care Unit (ICU) of Clínica de Medellín. The experimental group was consisting of 36 patients, who had a dry bed bath; and the control group was consisting of 36 patients, who had a traditional bed bath. Statistics *Wilcoxon*, *Mann-Whitney U test*, and Two-factor model was used, with repeated measures on one factor.

**Results:** A beneficial effect during the performance of dry bed bath was found, since blood pressure and respiratory rate indicators did not present ineffective responses ( $p = 0,03$  and  $p = 0,013$ , respectively). Moreover, *duration of bath* and *additional care* variables were satisfactory in comparison with traditional bed bath.

**Conclusions:** The results allow recommending the use of dry bed bath on critical patient with cardiovascular disease, by virtue of beneficial effects that facilitate adaptation processes, thereby contributing to qualify nursing care in this type of patients.

*Descriptors:* Nursing Theory; Critical Care; Cardiovascular Surgical Procedures; Baths; Hemodynamics (source: DECS BIREME).

## Introducción

Entre las intervenciones básicas que se realizan diariamente al paciente crítico cardiovascular (PCCV), se encuentra el baño en cama, frecuentemente realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se ha recomendado hacerlo siguiendo los parámetros fisiológicos y clínicos, ya que de esta manera se reduce el riesgo de eventos adversos, la estancia hospitalaria y los costos para el sistema de seguridad social (1).

En el ámbito de la enfermería clínica asistencial, es difícil encontrar una argumentación teórica para los problemas cotidianos de la práctica, más aún cuando se trata de pacientes críticos. En la UCI los profesionales de enfermería tienden a hacer uso del conocimiento prestado de otras disciplinas, pues les resulta muy difícil crear elementos teóricos propios, dado que los consideran confusos y poco aplicables en la práctica clínica (2). Así, es complicado analizar, desde la perspectiva disciplinar de enfermería, un fenómeno específico de la práctica cuyo origen es fisiológico.

A pesar de las escasas bases teóricas propias con las que se cuenta en este campo, el fenómeno de interés en esta investigación concierne por completo a la disciplina, puesto que constituye una respuesta directa a una intervención cotidiana de cuidado planeada y ejecutada por la enfermería.

El Modelo de Adaptación de Roy fue el soporte conceptual de la presente investigación, a partir del cual se logró la comprensión de la adaptación del PCCV durante la realización del baño en cama, ya que éste es considerado como un estímulo contextual o externo que genera en el PCCV una respuesta, en este caso, en el modo fisiológico identificado como *proceso de adaptación*. Sin embargo, en la literatura consultada no se encontraron trabajos científicos que evalúen la respuesta adaptativa en el modo fisiológico ocasionada por la intervención del baño en cama en el PCCV. Por lo tanto, los resultados de esta investigación constituyen una evidencia científica en el cuidado de enfermería para la elaboración de planes de cuidado en el PCCV.

Por lo pronto, se han realizado estudios en niños en los que se relaciona el fenómeno de adaptación con intervenciones de cuidado. Por ejemplo: en un estudio sobre estimulación multisensorial, auditiva, táctil, vestibular y visual para la capacidad de adaptación de Roy en la eficiencia de la alimentación del recién nacido pretérmino, se encontró que los episodios de bradicardia y desaturación ocurridos durante la estimulación multisensorial —estímulo contextual— no fueron significativamente frecuentes (3). Otro estudio concluyó que los cambios de posición durante la hospitalización generan modificaciones estadísticamente significativas en la hemodinámica y en la capacidad de adaptación del modo fisiológico del lactante (4).

En relación con los adultos, no se encontraron estudios que asocien el fenómeno de adaptación según Roy con intervenciones de cuidado y variables hemodinámicas, pero por lo menos se describieron los efectos hemodinámicos del baño en pacientes sanos y con infarto de miocardio (5, 6, 7). Estas investigaciones consideraron la temperatura del agua, la presión en cuña pulmonar y la saturación venosa de oxígeno, lo que evidenció su variación en la medición. Así mismo, se midió la variabilidad de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca en pacientes sanos, antes y después de la realización del baño, sin encontrar diferencias significativas en la frecuencia cardíaca. Sin embargo, se observó que las cifras de presión arterial sistólica y diastólica fueron más bajas después del baño.

En España (1) se evaluaron más de 300 pacientes hospitalizados en UCI, con el fin de identificar eventos adversos durante el baño: se encontraron cambios hemodinámicos, como aumento de presión arterial y disminución de la saturación de oxígeno.

En Bogotá (8), un estudio en la Clínica Shaio, con 42 pacientes posoperatorios de *bypass* coronario, encontró una variación de la saturación venosa mixta de oxígeno entre el inicio del baño y el primer cambio de posición, así como entre la terminación del procedimiento y la última medición.

En Medellín (9), con 36 pacientes críticos en posoperatorio de cirugía cardiovascular en UCI y Cuidado Especial se encontraron cambios hemodinámicos durante el baño a través de pruebas paramétricas o no paramétricas. Además, se observaron alteraciones en los valores de presión arterial sistólica y frecuencia respiratoria de acuerdo con el tiempo de evaluación.

Lima y Lacerda (10) observaron repercusiones de la oxigenación hemodinámica en pacientes adultos en estado crítico durante el baño en cama. Las autoras concluyen que las condiciones que aumentan el riesgo de repercusiones oxihemodinámicas son: baño menos de cuatro horas después de la cirugía cardíaca, posicionamiento prolongado decúbito lateral y tiempo de baño superior a 20 minutos. Otros hallazgos de este estudio muestran que la saturación venosa mixta de oxígeno declina considerablemente durante la realización del baño en cama y se reestablece en 30 minutos, y que el mantenimiento de la temperatura del agua en 40 grados centígrados es un factor protector en las repercusiones oxihemodinámicas.

Los tipos de baño en cama que se suelen realizar en el paciente crítico son: baño en seco —se utiliza un paño especial o esponja desechable— y baño tradicional —con agua y jabón—. En el pasado se compararon las variables tiempo gastado, recuento de agentes microbianos, satisfacción de enfermería y *gastos generados*, observándose que fueron más satisfactorias para el baño en seco que para el baño tradicional (11). Sin embargo, cada institución es autónoma de establecer sus propias políticas o protocolos en cuanto al baño del paciente, siempre y cuando se garantice la seguridad de la intervención (12).

Alves (13) consideró el baño en cama en seco y tradicional como una experiencia en donde el profesional de enfermería debería interactuar con el paciente, pues debe considerarlo un ente activo para la planificación de sus cuidados y respetar la decisión que tome en cuanto a la frecuencia del baño. De igual manera, según la autora, para mejorar el afrontamiento de esta experiencia, es vital que se respete la privacidad del paciente y que se realicen medidas que mitiguen el dolor por el movimiento. Además, se debe garantizar un ambiente en donde la temperatura sea adecuada, en el que el número de personas que realice el baño sea pertinente y del mismo sexo del paciente, y en el que la organización de los materiales o equipos para el procedimiento sean oportunos.

Los estudios citados describen y analizan la importancia de los efectos del baño en cama en cuanto a regulación térmica, equilibrio oxihemodinámico, aspectos microbiológicos, costos hospitalarios y satisfacción del cliente o de la enfermería.

## Modelo de Adaptación

En el Modelo de Adaptación de Roy, el ser humano está constituido por partes que actúan como una unidad con algún propósito y habla de entradas: estímulos ambientales, procesos centrales de afrontamiento; y salidas: comportamientos que determinan un nivel de adaptación. La teoría de adaptación determina que los seres humanos son seres adaptativos con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, cuyas respuestas están dadas en función de los estímulos entrantes y del nivel de adaptación de la persona. Este último “es un punto cambiante que refleja la habilidad de la persona para responder positivamente a los cambios del ambiente” (14).

Con las investigaciones realizadas, Roy ha venido enriqueciendo su modelo conceptual hasta llegar a una visión filosófica de reciprocidad o interactiva-integrativa, la cual concede al profesional de enfermería una mayor participación en tanto puede producir estímulos positivos que favorezcan la adaptación (15). El concepto central del modelo de Roy es la adaptación, entendida como el “proceso y el resultado por el cual las personas con pensamientos y sentimientos, como individuos o en grupos, utilizan la consciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental” (14).

Respecto a los conceptos del metaparadigma, Roy define a la persona como un sistema adaptativo humano o ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante (16, 17, 18), que “usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia”; es el receptor de los cuidados enfermeros que desempeña un papel activo.

Según el fenómeno trabajado, el ser humano sería el PCCV, definido como quien, luego de una cirugía cardíaca —valvular o coronaria—, ingresa a la UCI porque necesita la monitorización continua de sus constantes vitales por el riesgo que tiene de inestabilidad hemodinámica. La UCI sería el ambiente que rodea y afecta el desarrollo del PCCV. El estado de salud se ve reflejado en los niveles de adaptación que representan la habilidad de la persona para responder en forma positiva a los cambios del ambiente. En el caso del

PCCV, el nivel de adaptación está comprometido por la situación de alteración de la salud inherente a su estado crítico. El objetivo del estudio es evaluar los efectos de dos tipos de baño en cama: seco y tradicional, frente a la respuesta adaptativa en modo fisiológico en PCCV.

## Materiales y Métodos

### *Diseño del estudio y población incluida*

Estudio cuasi-experimental, de intervención con preprueba y posprueba, realizado en 72 PCCV de la UCI de la Clínica Medellín, con un grupo experimental de 36 pacientes a quienes se les realizó el baño en cama en seco y un grupo control de 36 pacientes a quienes se les realizó el baño en cama tradicional. Se utilizó un muestreo de conveniencia con quienes cumplieran los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de diferencia entre medias —poder requerido o error tipo II que se establece en 90%—. Se incluyeron los PCCV con una estancia en UCI superior a 24 horas, con monitorización continua de la presión arterial invasiva y de la presión venosa central, clasificados con TISS-28 en clase III y consciente u orientado en el momento de la intervención. Se excluyeron los PCCV con ventilación mecánica invasiva o no invasiva en el momento de la intervención, que al momento de la medición inicial se encontrara en fase de adaptación inefectiva y con alto soporte vasopresor o inotrópico —dos o más fármacos inotrópicos o vasoactivos— por inestabilidad hemodinámica previa.

### *Procedimientos y recolección de la información*

Se utilizó un formato con diseño exclusivo para la recolección conforme a los objetivos y variables del estudio, información que se obtuvo de observación directa a partir del segundo semestre de 2012 hasta completar la muestra. El formato contenía las variables que se consideraron en el estudio, como sexo, edad, peso, talla, antecedentes patológicos, diagnóstico actual —variables tomadas de la historia clínica—, medicamentos en infusión, duración del baño, cuidados adicionales, complicaciones e indicadores de adaptación fisiológica —tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), presión venosa central (PVC) y oximetría de pulso (OP)—. Este formato fue validado por expertos, profesionales de enfermería en donde se realizó el estudio.

Se hizo una prueba piloto, la cual permitió corregir los defectos que se hacían en la realización del baño en cama: no asegurarse de la sujeción de tubos o drenes a cavidad, no valorar la presencia de dolor en el paciente, no alistar los insumos necesarios para el baño en cama, manipular al paciente posterior al baño en cama y no dejarlo en reposo.

El baño en cama en seco fue preparado por el investigador en tres fases, que se refieren a un conjunto de actividades realizadas antes, durante y después del baño en cama. Se utilizaba agua para impregnar un paño desechable que contenía un agente de limpieza con pH equilibrado y agentes tensioactivos, además de loción, todo lo cual permitió que el paño conservara el calor. Para el baño en cama tradicional se utilizó agua y jabón para la limpieza del cuerpo y genitales, el cual también se llevó a cabo en tres fases: antes, durante y después.

Los dos tipos de baño en cama fueron realizados por dos auxiliares de enfermería que se dedicaron sólo a esta actividad; previamente fueron capacitados para que siguieran los pasos que constituía cada una de las fases. Antes del baño, el paciente fue valorado por el investigador; los auxiliares alistaban los materiales necesarios y colocaban al paciente en posición supina conservando el eje flebostático con el transductor para la medición de parámetros invasivos. Luego, se programaba el monitor para que la frecuencia cardíaca se midiera a través de la onda de presión arterial invasiva y se registraban los indicadores de adaptación fisiológica, los medicamentos que tenía el paciente en infusión y las características antropométricas (peso y talla) del sujeto de estudio; el registro de estos aspectos constituía el minuto cero, para luego seguir con la intervención correspondiente. La temperatura del agua utilizada para la intervención del baño en cama (seco o tradicional) fue alrededor de 40 grados centígrados garantizados por monitorización institucional. La primera medición correspondía al minuto cero antes del baño; la segunda se hacía cinco minutos después de iniciado el baño, y la tercera diez minutos después de terminado el baño en cama.



## Manejo de la información y análisis estadístico

Se consideraron variables como sexo, edad, peso, talla, antecedentes patológicos, diagnóstico actual —variables tomadas de la historia clínica—, medicamentos en infusión, duración del baño, cuidados adicionales, complicaciones e indicadores de adaptación fisiológica (ver Tabla 1): TA, FC, FR, PVC y OP. Las variables descritas anteriormente, excepto las tomadas de la historia clínica, fueron medidas secuencialmente: al minuto cero, a los cinco y a los diez minutos luego de iniciado el baño en cama.

**Tabla 1.** Parámetros de referencia de los indicadores fisiológicos

Indicador fisiológico	Respuesta efectiva	Respuesta inefectiva*
<b>Tensión Arterial,</b> medida por Presión Arterial Sistólica (PAS), Presión Arterial Diastólica (PAD) y Presión Arterial Media (PAM)	PAS > 90 mm Hg y <140 mm Hg PAM entre 60 y 100 mm Hg.	-Disminución de la PAS por debajo o igual de 90 mm Hg o PAM por debajo de 60 mm Hg o disminución en un 30% de la PAS o PAM basal. -Aumento de la PAS por encima de 139 mm Hg, PAD mayor a 89 mm Hg o aumento en un 30% de la PAS o PAD basal.
<b>Frecuencia Respiratoria</b>	Frecuencia respiratoria entre 10 y 20.	-Disminución de la frecuencia respiratoria por debajo de 10. -Aumento de la frecuencia respiratoria por encima de 20.
<b>Frecuencia Cardíaca</b>	Frecuencia cardíaca entre 60 y 100.	-Disminución de la frecuencia cardíaca por debajo de 60. -Aumento de la frecuencia cardíaca por encima de 100.
<b>Oximetría de Pulso</b>	Saturación de oxígeno mayor a 92% o mantenimiento por encima del 5% de la saturación basal.	-Disminución de la saturación de oxígeno por debajo de 92% o 5% de la saturación basal
<b>Presión Venosa Central</b>	Continuidad o persistencia del valor inicial sin variación en menos del 25%.	Variación del valor en más del 25% de la cifra inicial.

\*Los parámetros descritos anteriormente se basan en lo que se conoce y se acepta en práctica clínica del paciente en estado crítico

**Fuente:** Base de datos del estudio.

La información fue procesada inicialmente en el software Microsoft® Office Excel™ 2010 y luego fue transferida a los paquetes estadísticos SPSS para Windows versión 21.0 (*Statistical Program for the Social Sciences*) y STATA versión 10. Para la descripción de las variables cualitativas, se usaron frecuencias absolutas o relativas, mientras que para las variables cuantitativas, se empleó el promedio con desviación estándar o mediana (Me) con rango intercuartílico (RIC), de acuerdo con la distribución de los datos. Para la comparación de las variables cuantitativas entre dos grupos independientes, se utilizó la prueba de *U de Mann-Whitney* y entre dos grupos relacionados se usó la prueba de *Wilcoxon*. Para comparar las variables de interés clínico entre los tiempos evaluados, se usó el modelo de dos factores, con medidas repetidas en un factor. Posterior a esto, se realizó en las variables que tuvieron significación estadística (valor  $p < 0,05$ ) la prueba de *Wilcoxon* o *t de Student* para muestras relacionadas. Se consideró la distribución de las variables y la corrección de *Bonferroni*, para las que se asumió la significación estadística con  $p < 0,017$ .

Esta investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la institución donde se realizó el estudio, y con el consentimiento informado de los participantes.

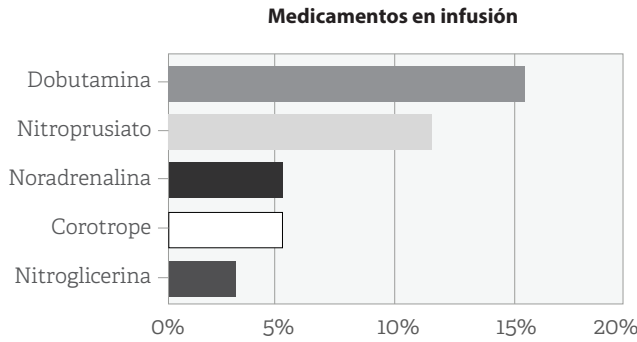
## Resultados

### Características clínicas y sociodemográficas

El 41,7% de la población es de sexo masculino. Se encontró que la edad media de la muestra fue de 59 años, con una desviación estándar de 10,4 años. Respecto al peso, la media oscilaba en 66,1 kilogramos, con una desviación estándar de 13 kilogramos, mientras que para la talla fue de 164,71 centímetros, con una desviación estándar de 9,3 centímetros. Los diagnósticos posoperatorios más frecuentes fueron la revascularización coronaria, con 59,7%, seguido del cambio valvular, con 37,5%. Entre los antecedentes patológicos, se encontró que 40 de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial; 9, insuficiencia cardíaca congestiva; 7, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 6, diabetes; 5, otros antecedentes personales y 5 no tenían antecedentes. La categoría otros corresponde a la agrupación de antecedentes patológicos poco frecuentes, como

migraña, artrosis, dislipidemia, arritmias, enfermedad renal crónica y asma. En la Figura 1 se describen los medicamentos utilizados según su distribución porcentual antes de la realización del baño en cama.

**Figura 1.** Distribución porcentual de medicamentos en infusión antes del baño



Fuente: Base de datos del estudio.

**Respuesta de adaptación según los cambios en los indicadores fisiológicos**

La media de los indicadores fisiológicos TA y FR durante la realización del baño en cama fueron diferentes para cada grupo, puesto que su significancia asintótica bilateral fue menor o igual a 0,017. Por lo tanto, los valores de TA y FR durante el baño en cama proceden de poblaciones con distinto promedio (PAS  $p = 0,000$ ; PAD  $p = 0,017$ ; PAM  $p = 0,001$ ; FR  $p = < 0,0001$ ), los cuales se pueden observar en la Tabla 2.

**Comparación de la respuesta de adaptación en función de los indicadores fisiológicos**

La media de los indicadores fisiológicos TA y FR durante la realización del baño en cama fueron diferentes para cada grupo, puesto que su significancia asintótica bilateral fue menor o igual a 0,017. Por lo tanto, los valores de TA y FR durante el baño en cama proceden de poblaciones con distinto promedio (PAS  $p = 0,000$ ; PAD  $p = 0,017$ ; PAM  $p = 0,001$ ; FR  $p = < 0,0001$ ).

**Tabla 2.** Valores descriptivos de los indicadores fisiológicos

Indicador fisiológico	Grupo	Momento del baño	Media	Mediana	Desviación típica	Rango
PAS	G. experimental	Antes	127,7	132,5	12,2	40
		Durante	139,5	140	12,9	55
		Después	127,7	127	14,7	55
	G. control	Antes	124,7	133,0	15,1	40
		Durante	153,5	153	23,9	96
		Después	128,7	129	24,4	0
PAD	G. experimental	Antes	69,8	73	12,1	38
		Durante	72,9	74	10,1	45
		Después	68,7	71	10,9	50
	G. control	Antes	66,6	72	9,1	40
		Durante	79,1	80	12	37
		Después	69	65	15,6	52
PAM	G. experimental	Antes	89	91,5	9,1	29
		Durante	95,1	96	9,8	43
		Después	88,4	89	10,9	44
	G. control	Antes	85,8	89	12,7	35
		Durante	104	107,5	14,5	55
		Después	88,9	87,5	17,7	57
FC	G. experimental	Antes	83,4	82,5	8,6	35
		Durante	86,7	86	9,7	39
		Después	85,2	84	9,06	34
	G. control	Antes	88,8	90	10,4	40
		Durante	90,7	93	11,8	46
		Después	88,6	85	11,5	50
FR	G. experimental	Antes	16,6	16	2,4	7
		Durante	18,4	17	3,2	13
		Después	17,1	17	3,2	12
	G. control	Antes	17,1	17	2,5	9
		Durante	21,8	20,5	3	10
		Después	18,2	17	2,9	12
PVC	G. experimental	Antes	10,7	11	2,6	10
		Durante	13	13	2,9	12
		Después	10,6	10	2,3	10
	G. control	Antes	10,3	10	2,8	10
		Durante	12,8	13,5	4,1	14
		Después	10	10	2,8	10
OP	G. experimental	Antes	95,1	95	2,1	8
		Durante	94,4	94	2,8	11
		Después	95,1	95	2,1	11
	G. control	Antes	94,9	95	1,8	7
		Durante	94	94	3,3	10
		Después	94,8	94	2,5	12

Fuente: Base de datos del estudio.

**Respuesta de adaptación según la duración del baño en cama**

El promedio de la duración del baño en cama para los grupos experimental y control medido en minutos es diferente ( $p = < 0,0001$ ): para el primero fue de 17 y para el segundo, de 24. Tras controlar el efecto de la duración del baño, se observó la relación

existente entre la TA y el tipo de baño en cama ( $p = 0,001$ ). La FR no se encontró linealmente relacionada con la duración del baño en cama ( $p = 0,942$ ).

### **Respuesta de adaptación según los cuidados adicionales realizados por la intervención del tipo de baño**

El 44,4% de las personas a quienes se les realizó el baño en cama tradicional requirieron por lo menos de un cuidado adicional para lograr la estabilidad hemodinámica medida por los indicadores de adaptación fisiológica. Por su parte, el 91,7% de las personas a quienes se les realizó el baño en cama en seco no requirieron de ningún cuidado adicional. El cuidado adicional más frecuente fue la administración o modificación del soporte vasoactivo o inotrópico (16,7%), seguido de la modificación de parámetros o dispositivos ventilatorios (11,1%).

En ninguno de los dos tipos de baño en cama hubo complicaciones, como retiro o desplazamiento accidental de dispositivos o catéteres, arritmias, paro cardiorrespiratorio ni muerte.

### **Discusión**

El baño en cama realizado en el PCCV generó cambios en los indicadores fisiológicos durante su realización; luego de terminar la intervención, los valores retornaron a sus cifras iniciales. Estos hallazgos son compatibles con los resultados de diversos estudios (19, 20, 21, 22), los cuales concluyen que algunas intervenciones de enfermería en donde el paciente es lateralizado producen respuestas sutiles, dadas por cambios transitorios en las constantes vitales que luego retornan a sus valores iniciales, transcurridos los primeros cinco minutos después de realizada la intervención.

Al comparar el grupo experimental con el grupo control respecto al aumento de los valores de TA y FR, se evidenció que el grupo experimental logró mantener la respuesta efectiva de adaptación, mientras que en el grupo control se produjo una respuesta inefectiva manifestada por hipertensión y taquipnea. En el estudio de Quiroz y colaboradores (9), en donde al 94,3% de los pacientes se les realizó baño en cama en seco, se informa que la PAS y la FR tuvieron un incremento pero sin cambios clínicamente significativos. Los autores explican que el aumento en la PAS pudo deberse a la reacción fisiopatológica del organismo a la

interrupción del reposo, a la respuesta inflamatoria sistémica, a la vasoconstricción periférica por el frío y a los cambios de temperatura; y que el aumento de la FR se explica por el dolor en el posoperatorio, lo cual disminuye la expansión pulmonar y favorece las respiraciones superficiales. La diferencia de este hallazgo entre el grupo experimental y control en el presente estudio puede ser explicada por la baja manipulación que se realizó durante la realización del baño en cama en seco y por la conservación de la temperatura dada por el paño utilizado.

Respecto a la duración del baño en cama, estudios informan que el promedio fue de 20 minutos (5, 7, 10); un estudio señaló que fue de 19 minutos con 26 segundos (23), y en el estudio de Planas (24), el promedio estuvo en 16 minutos, con una desviación estándar de 3,61 minutos. Larson (11) comparó la duración del baño en cama tradicional y el baño en cama en seco: el primero tuvo una media de 14,4 minutos y el segundo de 12,8 minutos ( $p = 0,08$ ). En este estudio no se menciona cuántas personas realizaron la intervención del baño en cama. Quiroz y colaboradores (9) compararon el tiempo de duración del baño según el número de personas que lo efectuaron; se observó un aumento significativo en el tiempo de duración de éste cuando es hecho por una sola persona (Me = 35 minutos; RIC: 30-40 minutos), en comparación con el tiempo que tardan dos personas (Me = 20; RIC: 20-25 minutos), con un valor  $p < 0,0001$ .

El estudio de Lima (10) establece que un factor de riesgo que puede causar alteración oxihemodinámica es que el tiempo del baño sea superior a 20 minutos. Según Mora y Molano (8), existe una correlación negativa entre la saturación venosa mixta y el tiempo del baño en cama, es decir, cuanto más tiempo dure el baño en cama, hay un descenso de la saturación mixta secundario al aumento del consumo de oxígeno. Garanhani y colaboradores (25) mencionan que mientras más dure el baño en cama, la temperatura del agua va descendiendo, situación que puede generar temblores en el paciente, que lleva al aumento del consumo de oxígeno e incrementa su necesidad energética en un 500%.

La presente investigación encontró diferencias en los dos grupos en cuanto a la duración del baño en cama: en el grupo control la duración fue de aproximadamente 24 minutos, mientras que en el grupo experimental fue de 17 minutos. Los dos tipos de baño en cama fueron realizados por

dos personas. Por lo tanto, el baño en cama tradicional es un factor de riesgo que puede causar más alteración oxihemodinámica, comparado con el baño en cama en seco, puesto que su duración sobrepasa los 20 minutos. Además, al efectuarse en un tiempo más prolongado, se infiere que la temperatura del agua desciende, lo que puede ocasionar en el paciente temblores, que llevan al aumento del consumo de oxígeno y al descenso de la saturación venosa mixta.

Referente a los cuidados adicionales, 4 de cada 10 PCCV a quienes se les realizó el baño en cama tradicional requirieron por lo menos de un cuidado adicional para lograr la estabilidad hemodinámica medida por los indicadores de adaptación fisiológica. Mientras que, para el baño en cama en seco, los cuidados adicionales se realizaron en 0,8 pacientes de cada 10. En nuestra investigación, los cuidados adicionales que se llevaron a cabo durante o después del baño en cama fueron la administración o modificación del soporte vasoactivo o inotrópico (16,7%) y la modificación de parámetros o dispositivos ventilatorios (11,1%).

Planas (20) afirma que a 2,1 de cada 10 pacientes se les realizó algún cuidado adicional durante o después del baño en cama. Para Robles (1), las medidas o cuidados adicionales para mantener las variables hemodinámicas en rangos normales durante o después del baño en cama fueron: modificación de fármacos vasoactivos (7%), administración de fluidos (0,6%), administración de relajantes musculares (2,2%), sedación o analgesia (9,5%) y modificación de parámetros ventilatorios (7%). Las diferencias con el estudio de Robles (1) se presentan por varios aspectos: si se estratifican los cuidados adicionales según el tipo del baño en cama, se evidencia que en el grupo experimental la modificación o administración de soporte vasoactivo o inotrópico se presenta en un 2,8%, mientras que en el grupo control es de 30,6%; y que la modificación de parámetros ventilatorios es de un 5,6% en el grupo experimental, mientras que en el grupo control es de 16,7%. Otro aspecto es que en el estudio de Robles (1) incluyeron pacientes con diagnósticos relacionados con los sistemas neurológico, respiratorio, metabólico, además de pacientes con trauma abdominal, neuroquirúrgicos y con terapia renal. En la presente investigación, sólo se tuvo en cuenta al PCCV y no se presentaron complicaciones como retiro o desplazamiento accidental de dispositivos o catéteres, arritmias, paro cardiorrespiratorio ni muerte. Por el contrario, el estudio de Robles (1)

reporta paro cardiorrespiratorio en un paciente, arritmias en dos, tipo fibrilación auricular con respuesta rápida y retirada de sonda, tubos, catéteres o drenajes, en nueve.

## Conclusiones

En la presente investigación, se logró la construcción de los indicadores de adaptación positiva que miden la respuesta adaptativa en el modo fisiológico según los postulados teóricos del Modelo de Adaptación de Roy, al tener en cuenta los parámetros fisiológicos que repercuten en la hemodinámica del PCCV.

Se encontró un efecto benéfico en términos de respuesta adaptativa durante la realización del baño en cama en seco, puesto que los indicadores TA y FR no presentaron respuestas inefectivas ( $p = 0,03$  y  $p = 0,013$ , respectivamente). El primer indicador fue medido a través de la PAS, PAD y PAM y las variables *duración del baño* y *cuidados adicionales* fueron satisfactorias en comparación con el baño en cama tradicional.

Los indicadores fisiológicos FC y PVC presentaron cambios durante la realización del baño, los cuales tuvieron implicaciones estadísticas pero no clínicas. La OP se mantuvo para los dos tipos de baño y no presentó cambios estadísticamente significativos.

Al comparar la respuesta de adaptación fisiológica medida por los indicadores, se observó que durante la realización del baño en cama tradicional se produjo respuesta inefectiva manifestada por hipertensión y taquipnea, mientras que en el baño en cama en seco no se produjo tales respuestas.

Tras controlar el efecto de la duración del baño en cama, se concluye que la TA tiene una relación con el tipo de baño en cama ( $p = 0,001$ ), por que a mayor tiempo gastado se puede producir una respuesta inefectiva manifestada por hipertensión arterial. La FR no se encuentra linealmente relacionada con la duración del baño en cama ( $p = 0,942$ ), por ende su aumento durante la realización del baño en cama en seco se debió a otras causas.

Durante y después del baño en cama se realizan cinco veces más los cuidados adicionales en el baño tradicional que en el seco ( $p = 0,000984$ ). Los



cuidados adicionales más frecuentes fueron la administración o modificación del soporte vasoactivo o inotrópico y la modificación de parámetros o dispositivos ventilatorios.

## Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés para esta publicación.

## Referencias

- (1) Robles MP, Córcoles T, Torres M, Muñoz F, Cantos Y, Arias S *et al.* Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [serie en Internet]. 2002 [acceso: 05 dic 2016];13(2):47-56. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-frecuencia-eventos-adversos-durante-el-S1130239902780620>
- (2) Gallego M, Leal M, Ramos X. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en UCI. *Repert Med Cir.* 2009;18(2):76-81.
- (3) Villamizar B. Estimulación multisensorial auditiva, táctil, vestibular y visual (ATVV) para la capacidad de adaptación según Roy en la eficiencia de la alimentación del recién nacido pretérmino [tesis de doctorado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- (4) Ramos JX. Respuesta adaptativa en el modo fisiológico, del lactante con bajo gasto cardíaco en estado crítico, a las intervenciones cotidianas de enfermería en la UCIP (tesis de maestría). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
- (5) Sorimachi M, Ozawa M, Ueda H, Ebato S, Kawamura K, Ando H *et al.* Comparisons between hemodynamics, during and after bathing, and prognosis in patients with myocardial infarction. *Jpn Circ J* [serial on the Internet]. 1999 [access: 2016 Dic 05];63(7):527-532. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/10462019>.
- (6) Chiba T, Yamauchi M, Nishida N, Kaneko T, Yoshizaki K, Yoshioka N. Risk factors of sudden death in the Japanese hot bath in the senior population. *Forensic Sci Int* [serial on the Internet]. 2005 [access: 2016 Dic];149(2-3):151-158. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15749356>
- (7) Nagasawa Y, Komori S, Sato M, Tsuboi Y, Umetani K, Watanabe Y *et al.* Effects of hot bath immersion on autonomic activity and hemodynamics: comparison of the elderly patient and the healthy young. *Jpn Circ J* [serial on the Internet]. 2001 [access: 2016 Dic 05];65(7):587-592. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11446490>
- (8) Mora MP y Molano A. SvO<sub>2</sub> y actividades de enfermería para higiene y comodidad. *Rev Colomb Neumol.* 1993;5(4):228-229.
- (9) Quiroz S, Castro C, Tirado AF, Rodríguez LM. Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario. *Medicina U.P.B* [serie en Internet]. 2012 [acceso: 07 jul 2012];31(1):19-25. Disponible en: <http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/987/886>
- (10) Lima DV. Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico: evidências pela revisão sistemática de literatura [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
- (11) Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lazaro EM, Venturanza M *et al.* Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care* [serial on the Internet]. 2004 [access: 2011 Feb 19];13(3):235-241. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/235.long>
- (12) Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. *Nurs Stand* [serial on the Internet]. 2008 [access: 2011 Feb 18];22(34):35-40. Available from: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2008.04.22.34.35.c6531>
- (13) Maciel SS, Bocchi SC. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. *Rev Lat Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2006 [acesso: 18 fev 2011];14(2):233-242. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

- (14) Roy C, Heather AA. *The Roy Adaptation Model*. 2th ed. Connecticut: Apleton & Lange; 1999.
- (15) Díaz L, Durán MM, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*. 2002;2(1):19-23.
- (16) En: Gutiérrez MC (coord). *El modelo de adaptación de Roy Fundamentación Histórica y Filosófica. Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería*. Bogotá: El Manual Moderno, Universidad de la Sabana; 2007. pp. 1-16.
- (17) Bueno LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc Enferm [serie en Internet]*. 2011 [acceso: 08 feb 2013];17(1):37-43. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005>
- (18) Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichán [serie en Internet]*. 2009 [acceso: 01 feb 2013];9(1):62-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000100006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100006&lng=en)
- (19) Jones AY, Dean E. Body position change and its effect on hemodynamic and metabolic status. *Heart Lung [serial on the Internet]*. 2004 [access: 2013 Aug 01];33(5):281-290. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15454907>
- (20) Gawlinski A, Dracup K. Effect of positioning on SvO<sub>2</sub> in the critically ill patient with a low ejection fraction. *Nurs Res [serial on the Internet]*. 1998 [access: 2013 Aug 01];47(5):293-299. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9766458>
- (21) Banasik JL, Emerson RJ. Effect of lateral positions on tissue oxygenation in the critically ill. *Heart Lung [serial on the Internet]*. 2001 [access: 2013 Aug 01];30(4):269-276. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11449213>
- (22) De Laat E, Schoonhoven L, Grypdonck M, Verbeek A, De Graaf R, Pickkers P *et al*. Early postoperative 30 degree lateral positioning after coronary artery surgery: influence on cardiac output. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):654-661.
- (23) Oliveira AP. O banho no leito do doente crítico: implicações do controle térmico da água sobre o consumo de oxigênio [tese do mestrado]. Fluminense: Universidade Federal Fluminense; 2008.
- (24) Planas M. Higiene corporal del enfermo crítico: efectos adversos. *Rev ROL Enferm [serie en Internet]*. 2010 [acceso: 14 ago 2011];33(4):8-14. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3182227>
- (25) Garanhani ML, Kemmer LF, Rodrigues AI. Avaliação de métodos de aquecimento aplicados ao paciente hipotérmico na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Paul Enferm*. 1990;9(3):88-96.

# Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola

## Problemas éticos en la práctica de profesionales de la salud en un hospital- escuela

Ethical issues in the  
practice of health  
professionals in a  
school-hospital

• Livia Cozer Montenegro<sup>1</sup> • Heloiza Maria Siqueira Rénno<sup>2</sup> •  
• Carolina Silva Caram<sup>3</sup> • Maria José Menezes Brito<sup>4</sup> •

•1• Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.  
E-mail: liviacozermontenegro@gmail.com

•2• Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São João Del-Rei. Minas Gerais, Brasil.

•3• Doutoranda em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

•4• Doutora em Administração. Professora Associada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

Recibido: 18/09/2014 Aprobado: 14/12/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.45590



## Resumo

**Objetivo:** Conhecer os problemas éticos que se expressam nas práticas de profissionais de saúde em um hospital escola.

**Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em unidades de internação de um hospital universitário com trinta profissionais de saúde. A coleta de dados se deu por entrevista gravada, orientada por um roteiro semiestruturado, que foi submetido à Análise Textual Discursiva.

**Resultados:** Os resultados apontaram problemas éticos em duas dimensões: *Problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar* e *Problemas decorrentes da relação profissional-paciente*. No que tange aos problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar, foram considerados a falta de coesão entre as ações e os procedimentos da equipe de profissionais, a ausência do conhecimento do papel do outro profissional e a disputa de poder sobre o conhecimento técnico-científico. Em relação aos problemas éticos estabelecidos na relação profissional-paciente, foram identificadas as atitudes de exposição, a discriminação e o preconceito com o paciente.

**Conclusão:** Percebeu-se que, na prática, a ética muitas vezes não é manifestada em coerência com o que se espera de um profissional de saúde, o qual evidencia situações de negligência e falta de respeito nas relações entre profissionais e destes com os pacientes.

**Descritores:** Enfermagem; Ética Profissional; Prática Profissional (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Identificar los problemas éticos que se presentan en las prácticas de profesionales de la salud en un hospital-escuela.

**Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo, el cual se llevó a cabo en las unidades de internamiento de un hospital universitario con treinta profesionales de la salud. La recolección de datos se registró mediante una entrevista guiada por un guión semiestructurado, que fue sometido a análisis textual del discurso.

**Resultados:** Los resultados mostraron problemas éticos en dos dimensiones: *Problemas del trabajo interdisciplinario* y *Problemas derivados de la relación profesional-paciente*. Con respecto a los problemas derivados del trabajo interdisciplinario, se consideraron la falta de cohesión entre las acciones y procedimientos de los profesionales, la falta de conocimiento del papel de otros profesionales y la lucha por el poder en el conocimiento técnico-científico. En cuanto a los problemas éticos establecidos en la relación profesional-paciente, fueron identificadas las actitudes de exposición, la discriminación y el prejuicio con el paciente.

**Conclusión:** Se observó que, en la práctica, la ética a menudo no se manifiesta en concordancia con lo esperado en los profesionales de la salud, lo cual evidencia situaciones de negligencia y falta de respeto en las relaciones del equipo interdisciplinario y en la relación profesional-paciente.

**Descritores:** Enfermería; Ética Profesional; Práctica Profesional (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To identify the ethical problems that arise in practices of health professionals in a school-hospital.

**Methodology:** This is a qualitative study, carried out in internment units of a university hospital with thirty health professionals. The collection of data was recorded by interview conducted by a semistructured script, which was submitted to a textual discourse analysis.

**Results:** The results showed ethical problems in two dimensions: *Problems of interdisciplinary work* and *Problems resulting from the professional-patient relationship*. In regard to problems resulting from interdisciplinary work, the lack of cohesion between actions and procedures of professional staff, the lack of knowledge of the role of other professionals, and the struggle for power on the technical/scientific knowledge were considered. Regarding ethical problems raised in the professional-patient relationship, attitudes of exposure, discrimination, and prejudice with the patient were identified.

**Conclusion:** It was perceived that, in practice, the ethics do not often appear in accordance with what is expected of health professionals, which demonstrate incidences of neglect and lack of respect in the interdisciplinary work team relationship, and in the professional-patient relationship.

**Descriptors:** Nursing; Ethics, Professional; Professional Practice (source: DECS BIREME).

## Introdução

A prática de profissionais de saúde, no cotidiano de unidades de internação hospitalares, é permeada por um processo de trabalho complexo e interdependente que exige a integração das ações dos vários profissionais, o qual é, portanto, um trabalho coletivo.

O caráter coletivo do trabalho em saúde requer uma complementaridade de ações de diferentes profissionais, nas quais estão incluídas a dimensão técnica e a dimensão ética. No que diz respeito à dimensão técnica, refere-se às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade de prestação de cuidados. A dimensão ética não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais, mas estende-se à preocupação em reconhecer e considerar o trabalho dos demais, sejam da mesma área de atuação, sejam de outras áreas (1).

Os grupos de profissionais devem estar conectados a um processo de trabalho que permita a evolução harmoniosa do trabalho de todos, por meio da conduta de cada um. Neste sentido, o trabalho em saúde deve ultrapassar o foco da subjetividade alcançando a intersubjetividade, no qual é afetado pela alteridade e pelo discurso e saber vindo do outro.

Este contexto revela que nas atividades de saúde não basta que os profissionais utilizem apenas a dimensão técnica do trabalho, mas é imprescindível realizar uma ação *sobre* o outro e *para* o outro, caracterizando a dimensão ética. Assim, a prática dos profissionais tem como essência as relações, pois suas ações repercutem no outro (2).

No ambiente hospitalar, a tensão natural exigida pelo fato de se trabalhar com a vida das pessoas, com a complexidade que permeia as possibilidades de cura e com os temores de um agravamento e morte, fragiliza os que precisam deste serviço e também aqueles que nele atuam. Portanto, o ambiente hospitalar necessita de profissionais com competências para lidar com os aspectos essencialmente humanos, de forma que, por meio da sua prática, possam fortalecer sua humanidade ressonando no outro (3).

Porém, no atual contexto de transformações sociais, caracterizado pelo fenômeno da globalização, a sociedade tem experienciado novas maneiras de viver, as quais apontam para um endeusamento de aspectos materiais, individuais e virtuais em detrimento de relações pessoais humanas e solidárias (4).

No setor saúde, está cada vez mais comum se deparar com ambientes pouco humanizados nos quais as ações de saúde deixaram de focalizar a atenção aos usuários reconhecendo-os como objeto do cuidado. Neste cenário, o usuário perde sua identidade ficando dependente e passivo à espera do poder científico que os profissionais julgam ter (5).

Transparecem nas práticas de saúde as raízes de uma assistência despersonalizada, centrada na execução de tarefas e com predomínio das ações curativas. A falta de compromisso profissional com o ser humano tem fortalecido ações mecanicistas e impessoais, provocando um distanciamento dos aspectos éticos nas relações entre pacientes e profissionais.

Este cenário tem configurado um ambiente de trabalho marcado por divergências de valores, incertezas sobre as tomadas de decisões e enfrentamentos na relação com os outros, que resultam em problemas éticos, ou seja, aspectos, questões ou implicações éticas de ocorrências comuns.

Portanto, como uma possibilidade de compreender como os problemas éticos se expressam no contexto de um hospital escola, questionou-se *Como os profissionais têm percebido os problemas éticos que se apresentam na sua prática?*

Diante disso, o objetivo deste estudo foi conhecer os problemas éticos que se expressam nas práticas de profissionais de saúde em unidades de internação hospitalar de um hospital escola.

## Materiais e método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com trinta profissionais de saúde das seguintes categorias: médica (quatro), enfermagem (oito enfermeiros e oito técnicos), fisioterapia (quatro), psicologia (três), nutrição (dois) e farmácia (um). A escolha desses sujeitos se deu pelo fato de serem profissionais que exercem atividades assistenciais ininterruptas nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital de ensino da capital mineira.



A opção por pesquisar diferentes tipos de profissionais decorreu do fato de estes sujeitos estabelecerem relações entre si e com o ambiente de trabalho em seu cotidiano. Apesar das especificidades de cada área, os profissionais deste estudo vivenciavam as mesmas situações e condições de trabalho semelhantes, o que se tornou relevante para conhecer os problemas éticos decorrentes da prática em unidades de internação.

Elegeu-se para fins deste trabalho aqueles sujeitos que manifestaram interesse em participar do estudo. Desta maneira, os sujeitos foram selecionados por conveniência, convidando-os em seu próprio local de trabalho e definindo um horário de acordo com suas disponibilidades e vontades pessoais.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2012 a abril de 2013 por meio de entrevistas gravadas, orientadas por um roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da Análise Textual Discursiva (ATD), que vem se revelando como uma técnica que tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos (6). Essas compreensões têm seu ponto de partida na linguagem e nos sentidos que por ela podem ser instituídos com a valorização dos contextos e movimentos históricos em que os sentidos se constituem.

A ATD organiza seus argumentos em torno de quatro focos: *desmontagem dos textos; estabelecimento de relações; captura de um novo emergente; e recolocação dos achados* —em um processo auto-organizado— (6).

A *desmontagem dos textos* se deu por meio de uma tempestade de ideias que nos permitiram produzir um conjunto de unidades elementares de significado. Posteriormente, foi necessário um aprofundamento das leituras para a composição de unidades constituintes. Para a composição das unidades constituintes, utilizou-se como critério de recorte e desconstrução dos textos a análise do vocabulário usado em um enunciado —análise lexical—, a forma como o enunciado é estruturado —análise sintática— e a recorrência, ao longo do discurso de elementos semânticos subjacentes —análise semântica—.

Após o exercício analítico de desmembramento de enunciados constitutivos de uma comunicação, foi possível detectar os elementos de sentido. A segunda etapa compreendeu o *estabelecimento de relações*, que consistiu na categorização das

unidades anteriormente obtidas. Durante esta etapa, reuniram-se as unidades de sentido por semelhança e aproximação em categorias, surgindo assim a *captura de um novo emergente*. Esta fase representou o esforço de conceber um consolidado teórico baseado nas novas combinações dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e que deu origem à *recolocação dos achados*, construindo um processo auto-organizado.

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE 08165512.8.000.5149, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 do Ministério da Saúde (7).

## Resultados e Discussão

Após as entrevistas gravadas, nas quais os profissionais responderam questões sobre as relações pessoais no seu cotidiano de trabalho e as circunstâncias vivenciadas que apresentassem questões éticas envolvidas, os profissionais consideraram problemas éticos como aquelas situações que geraram desconforto e que, de alguma maneira, trouxeram prejuízos para a assistência do paciente e ou da família. Assim, os problemas éticos reconhecidos pelos profissionais de saúde foram revelados em as seguintes duas dimensões: *Problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar* e *Problemas decorrentes da relação profissional-paciente*.

Optou-se por discutir as duas dimensões descrevendo trechos dos discursos dos profissionais entrevistados. Estes estão identificados com os códigos adotados na análise textual discursiva, representados por uma letra inicial que aponta a categoria profissional, seguida do número da entrevista e da numeração que representa as questões da entrevista na qual o discurso foi relatado.

### **Problemas éticos decorrentes do trabalho interdisciplinar**

Foram considerados problemas éticos decorrentes do trabalho interdisciplinar a falta de coesão entre as ações e procedimentos da equipe de profissionais, a ausência do conhecimento do papel do outro profissional e a disputa de poder sobre o conhecimento técnico-científico:

A gente tem que ter noção de até que ponto nós podemos passar por cima do outro profissional para ganhar proveito na profissão. Aqui no hospital é uma questão muito forte o poder sobre o conhecimento técnico [FA, 1.4].

Eu acho que, como aqui é um hospital a gente trabalha com vários profissionais, cada um tem uma técnica específica e nem sempre tem a compreensão do que é o trabalho do outro. Então eu acho que começa por aí. Dessa pouca compreensão do trabalho do outro [P, 2.4].

Há uma percepção que o trabalho interdisciplinar representa um agregado de trabalhadores composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento, no qual cada um tem uma técnica específica e nem sempre a compreensão do que é o trabalho do outro. Os participantes do estudo reafirmaram, neste contexto, que a prática em hospitais é permeada por relações hierárquicas, impossibilitadas de integração dos conhecimentos, individualistas e descontínuas.

Os profissionais não vislumbraram as possibilidades de planejamentos e de participação dos membros da equipe sobre o pensar e organizar o trabalho. Desta forma, coloca-se em xeque a viabilidade de projetos coletivos de saúde, com intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito e da identidade de classe. Esse modelo de produção enfraquece a subjetividade no trabalho a partir das relações e da precarização das condições dos serviços, gerando sentimentos de medo e insegurança, os quais contribuem para fragmentar as redes de solidariedade, necessárias à reflexão ética (8).

Este processo desordenado dificulta a percepção dos diversos grupos profissionais e, ao invés de produzirem avanços e conhecimentos, reproduzem

práticas fragmentadas e alienadas (9). Tendo em vista os problemas éticos apontados pelos profissionais, considerou-se que o cuidado no contexto hospitalar tem sido realizado por meio de ações objetivas e mecanizadas. Quando os profissionais estão inseridos na prática, a atitude de preocupação com o outro e os aspectos mais subjetivos das relações humanas ficam ocultos.

Embora se compreenda que a ética se encontra no mundo da intersubjetividade, percebe-se que no plano da prática destes profissionais de saúde ela não se materializa. Desta maneira, os discursos reforçaram a característica de um trabalho técnico e objetivo, diluindo a importância da subjetividade na rotina.

Ainda, no que diz respeito aos problemas éticos decorrentes do trabalho interdisciplinar, destaca-se o fato dos profissionais apontarem com afinco um problema ético na prática de outro colega de trabalho.

Os problemas identificados nas práticas de outros colegas representaram preocupações no nível dos relacionamentos humanos que se dão no cotidiano de trabalho em hospitais. Estas preocupações refletem os problemas e conflitos vivenciados na equipe de saúde, especialmente por constituir uma rede de relações tecida no cotidiano entre agentes que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas. Neste sentido, é necessária certa disponibilidade para que se reconheçam e respeitem suas diferenças (10).

Nota-se nos depoimentos que os profissionais de saúde não se incluem na prática quando há problemas éticos envolvidos. A possibilidade de problemas éticos foi revelada somente na prática do outro:

Na minha prática? Eu vejo problema ético com relação aos médicos. Muita falta de respeito com o colega, principalmente com o técnico de enfermagem. Por a gente ter um cuidado contínuo com o paciente; a gente tem uma noção maior do que está acontecendo e nem todos os médicos dão muita atenção para o que a gente fala [T, 1.4].

As relações inerentes ao trabalho em equipe não devem ser circunscritas às profissões, pois é importante considerar as interfaces existentes entre elas, o qual implica em novas formas de realizar o cuidado em saúde. O reconhecimento do trabalho do outro requer o estabelecimento de uma relação entre os envolvidos, mediada pela comunicação e sustentada pela ética (11).

A ética, neste sentido, é reconhecida como a prática reflexiva da liberdade e o exercício do cuidado de si (12). Assim, quando os profissionais não falam sobre si ou não reconhecem suas posições perante uma situação de trabalho, estão omitindo-se e renunciando-se, ou seja: estão negando a si mesmo. A negação de si mesmo tem impacto sobre a percepção da influência dos outros sobre a sua vida e em seu comportamento e relacionamento com os demais (12).

Não se nega o fato de haver problemas éticos que possam ser reconhecidos na prática do outro nem se compreende esta questão como uma luta pelo poder no sentido da valorização de quem delata a prática do outro. O que importa é chamar atenção para a questão de que a ética não foi manifestada no momento da entrevista pelos profissionais que negaram a si, mesmo sabendo que esta é onipresente no trabalho em saúde.

A ética para os profissionais deste estudo foi revelada como uma preocupação sobre a prática do outro. Isto demonstra que o trabalho coletivo no contexto hospitalar tem fronteiras cerradas entre os sujeitos a ponto de alguns membros da equipe se tornar invisíveis.

A negação de si propicia ao sujeito que Dejours denominou de *sentimento de robotização*, o qual leva ao profissional a sentir-se como um apêndice dos processos a que se submete (13). O mesmo autor afirma que o sujeito torna nada mais que um acompanhamento, um presente à margem e não um ser integrante e constituinte do trabalho em saúde (13).

### **Problemas éticos identificados na relação profissional-paciente**

Nesta categoria, os profissionais identificaram como problemas éticos da prática as atitudes de exposição e discriminação com o paciente. No que diz respeito à exposição, os discursos apontaram para uma compreensão na perspectiva da concessão e troca de informações entre os profissionais de saúde, que por vezes podem violar a privacidade do paciente ao realizarem comentários sobre experiências vividas durante as ações de cuidado.

O paciente confia ao profissional detalhes sobre sua vida, a fim de que este possa entender a natureza e a causa do problema. Neste processo surgem revelações de fatos, muitas vezes, de caráter íntimo, que os confidentes não pretendem que sejam revelados (14).

A privacidade das informações sempre foi considerada característica moral obrigatória da maioria das profissões da área da saúde (15, 16). Na contemporaneidade o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centralizada nas necessidades e direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade.

Segundo os relatos dos profissionais deste estudo, a exposição dos casos dos pacientes caracteriza um problema ético na medida em que, uma vez confiado ao profissional as informações pessoais do paciente ou qualquer informação obtida no curso deste relacionamento, estas não podem ser reveladas para terceiros:

Na prática eu consigo ver problemas éticos assim: na questão do prontuário eletrônico. Eu trabalho muito com sigilo; então, quando eu vou redigir algo sobre meu atendimento, eu tento ser o mais sucinta possível e colocar aquilo que é importante para a equipe escutar. Eu percebo que nem todos tem este cuidado de não expor o paciente; de não expor a vida dele. Colocam isso no prontuário de maneira muito leviana sem pensar que é um sujeito [P, 1.4].

Aqui a gente tem muitos problemas éticos, mas os comentários de casos no corredor todo mundo faz. Eu acho que a gente interiorizou isso, sabe?; esses comentários em público [E, 7.4].



Um estudo brasileiro, realizado com a equipe de enfermagem em um hospital universitário, também revelou a exposição das informações como uma prática antiética (17). A dimensão que a ética assume diz respeito ao fato de os profissionais reconhecerem que há uma colisão com o juramento realizado para praticar a profissão que tem valores e regras de conduta. Além disso, os discursos apontaram que o profissional reconhece que a informação, muitas vezes, é voluntariamente compartilhada entre paciente e profissional, numa relação de confiança e fidelidade.

Nessa relação, o paciente procura o profissional com a confiança de encontrar alívio para sua condição e com a segurança de não sofrer danos. Conseqüentemente, a confiança se constitui como condição fundamental para um tratamento efetivo.

Na mesma perspectiva, ressalta-se que a primeira forma de confidencialidade se estabelece numa relação interpessoal, desde que exista comprometimento das pessoas que compartilham a informação. A segunda forma é a confidencialidade do registro desta informação.

A preocupação com o registro das informações comentado no depoimento de P, 1.4 demonstra que a exposição das informações do paciente é uma realidade também nos instrumentos de trabalho com destaque para o prontuário eletrônico do paciente. O prontuário eletrônico do paciente é uma realidade mundial; caracteriza-se por ser um instrumento de trabalho fundamental para identificação do sujeito que utiliza os serviços de saúde, em especial o hospital. As informações encontradas no prontuário são fornecidas confidencialmente pelo paciente durante o atendimento ou obtidas por meio de exames e procedimentos com finalidades terapêuticas (18).

Nesse sentido, percebeu-se no discurso dos sujeitos que a prática de extrapolar as informações no ambiente hospitalar foi tão interiorizada pelos profissionais a ponto de aceitarem estas práticas como uma normalidade dos processos de trabalho em saúde. Encarar que a exposição das informações de outros foi incorporada à rotina do trabalho no hospital demonstra que a ênfase dos cuidados desconsidera o sujeito em suas múltiplas dimensões, seus valores, suas crenças e seus modos de ser e viver.

Segundo os depoimentos dos profissionais, a realidade presente no ambiente hospitalar vai de encontro aos achados em muitas instituições de saúde brasileira, em que a atuação profissional reflete a falta de compromisso como respeito à privacidade do paciente (19). Neste ambiente, há,

portanto, negligências entendidas pelos profissionais como superficiais e corriqueiras que denotam a falta de respeito tanto entre os profissionais quanto entre eles e o paciente.

No que tange às atitudes de discriminação com o paciente, uma das formas de manifestação desta discriminação que merece destaque —revelada nos depoimentos— foi o preconceito:

Eu nem sei se é ético falar, mas vejo muita falta de respeito ao indivíduo na forma como você aborda ou se refere a determinado paciente. Escuta um preconceito com relação a algumas doenças. O profissional de saúde que deveria ter isso bem fundamentado não perde o preconceito de determinadas doenças e subjugas as pessoas [M, 3.4].

O que eu vejo, que é muito comum com relação ao profissional-paciente, é o tratamento diferenciado para algumas pessoas no sentido negativo. Porque o paciente que é etilista, que é usuário de droga, ele não merece atenção nem respeito; e isso eu acho muito antiético [M, 2.4].

O preconceito neste contexto está relacionado ao fato de o indivíduo não conseguir perceber que sua visão preconcebida da realidade decorre de sua própria dificuldade de lidar com determinadas situações (20). A ausência de um trabalho reflexivo caracteriza o preconceito (20). O profissional manifesta uma onipotência velada ou até mesmo transparente, julgando-se superior à situação ou à pessoa correspondente, bem como a impotência que sente para lidar com o sofrimento proveniente da realidade.

Em muitas situações, a exposição do outro, os comentários ou preconceito são manifestações de um profissional que precisa estar no lugar de protegido e não de protetor; do poupado e não daquele que poupa o outro. O limiar entre as fragilidades e onipotência, portanto, pode proporcionar ao profissional o convívio constante com situações que apresentam conflitos éticos e consequentemente levá-lo a um sofrimento moral.

Entende-se que o sofrimento moral se manifesta ao indivíduo ao se deparar com conflitos éticos que o impossibilitam ou dificultam seu potencial de ação na realidade e a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos, em consonância com seu julgamento moral (21).

De acordo com as afirmações dos sujeitos deste estudo, há situações presentes nas práticas na qual o profissional percebe sua responsabilidade, realiza seu julgamento moral e busca a conduta mais adequada para agir em determinada situação. Porém não encontra condições para atuar conforme seu julgamento e valores, entendendo como inadequada a manifestação da ética que repercute em um sofrimento (21, 22) conforme demonstrado no seguinte depoimento:

O maior conflito é você saber o que é o melhor para o paciente; saber como dar um atendimento de primeira, porém tem que se ater aquilo que você tem. Infelizmente, você tem que se submeter a atender um paciente no corredor e isso não é bom. Então o maior problema é saber administrar o que é correto, o que tem que ser feito e o que é possível fazer [M, 1.4].

Este depoimento alerta-nos que no contexto do trabalho em saúde o sofrimento moral pode retirar do indivíduo seu potencial para agir, transformando-o em um sujeito passivo às circunstâncias e aos modos de dominação preexistentes. Em este estudo, o impacto da precariedade da estrutura hospitalar revelou o contato frequente do profissional com sentimentos de impotência frente às situações e aparente descaso em relação aos pacientes.

Com relação à estrutura hospitalar, torna-se dispensável discutir sobre suas condições precárias, sobretudo quando se trata de hospitais públicos brasileiros. Porém, vale ressaltar que a estrutura hospitalar apresenta uma ambiguidade paradoxal. O hospital é organizado e até existe em função do enfermo, mas muitas de suas dimensões, horários de seus ambulatórios, visitas e refeições são organizadas claramente de acordo com as exigências do pessoal e do conjunto da estrutura hospitalar, muito mais que dos pacientes (23).

Em face deste cenário, o paciente passa a ser visto como um objeto desprovido de autonomia, de opiniões próprias, cerceado da liberdade de agir de acordo com seus valores e crenças. Os pacientes, segundo os profissionais deste estudo, não tem participação nas discussões sobre a sua experiência de saúde. Percebeu-se que, se a própria estrutura hospitalar impõe uma relação autoritária sobre os pacientes, os profissionais que dela fazem parte reproduzem esta relação na prática profissional.

Assim, existe o desafio de construir uma nova prática profissional, que provoque mudanças nos modelos assistenciais tradicionais. Adotando-se a concepção humanista e a valorização da dimensão ética do trabalho, o profissional de saúde deve ser capaz de superar o normatizado e o já posto como espaço de trabalho. Isso exige o enfrentamento e o posicionamento como sujeito de transformação dos contextos reais, o que significa reconfigurar esses espaços (24, 25).

### **Considerações finais**

Nas práticas em unidades de internação hospitalar, os profissionais de saúde apontaram como problemas éticos aqueles decorrentes do trabalho interdisciplinar e os originados pela relação com os pacientes.

Como problema ético no trabalho interdisciplinar, os profissionais evidenciaram o fato da equipe se constituir como um agregado de trabalhadores, onde um não tem a compreensão do trabalho do outro, consolidando assim práticas individualistas e descontínuas. Os profissionais mencionaram também que os problemas éticos ocorrem frequentemente na prática do outro colega, o que oportuniza a negação a si mesmo como um profissional que se relaciona com aqueles que agem com negligência.

Diante da segregação das relações entre os profissionais, apontada pelos sujeitos deste estudo, infere-se que o cuidado se revela em diferentes versões dependendo do profissional que está diante do paciente.

No que diz respeito aos problemas éticos expressos na relação com os pacientes, este estudo revelou a discriminação e a exposição na prática em saúde. A exposição foi relacionada aos comentários de experiências vividas durante as ações de cuidado a terceiros. Apesar dos profissionais reconhecerem que a privacidade das informações é uma característica moral obrigatória de todas as profissões da saúde, eles assumem que a prática de revelar informações foi interiorizada a ponto de aceitarem como uma normalidade no cotidiano do trabalho.

No que tange à discriminação, os discursos apontaram o preconceito como modo de manifestação. Nas falas dos profissionais foi possível perceber uma onipotência velada quando se julgam aptos para realizar tratamentos diferenciados de acordo com certos tipos de pacientes ou tratar com descaso algumas situações inusitadas relacionadas ao paciente.

Este estudo trás à tona que alguns dilemas morais vivenciados na rotina de hospitais escola —como, por exemplo, suas estruturas precárias— repercutem na possibilidade de desenvolver sofrimento moral por parte dos profissionais, uma vez que a convivência constante com os problemas éticos que se dão no cotidiano do trabalho em saúde são geradores de sentimentos de impotência e descaso em relação aos pacientes.

A relevância dos problemas éticos que emergiram da prática cotidiana de profissionais de saúde representou a necessidade do fortalecimento da discussão dessa temática. Apesar dos limites reconhecidos da pesquisa que valoriza os elementos subjetivos, o estudo reforçou a importância de fomentar a reflexão sobre a necessidade da formação do profissional de saúde ser pautada nas competências éticas.

## Patrocínio

Este estudo foi patrocinado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## Referências

(1) Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2003;1(1):75-91. <http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/07.pdf>

(2) Fernandes SJ. Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir [tese de doutorado]. Universidade

Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2010. [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese\\_Dout\\_SD\\_Final\\_23.10.10.paginada.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf)

(3) Pasetto C, Rothbarth S. Ocorrências éticas em ambiente hospitalar e as percepções dos profissionais. *Cogitare Enferm*. 2012;17(4):655-660. <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/30362/19639>

(4) Giddens A. A constituição da sociedade. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009. ISBN 9788578270681

(5) Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo Da Saúde* 2003;27(2):206-218. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)

(6) Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí; 2011. ISBN 9788574299143

(7) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* nº 12, seção 1 (12/12/2012). <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

(8) Gomes D, Ramos FR. Ética e comprometimento não profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. *Interface*. 2014;18(49):289-300. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200289&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200289&script=sci_abstract&tlng=pt)

(9) Pires D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. *Rev Baiana Enferm*. 2000; 3(1/2):83-92. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=336&indexSearch=ID>

(10) Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):233-241. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n1/4080.pdf>

- (11) Duarte ED, Dittz ES, Madeira LM, Braga PP, Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Rev Eletr Enf.* 2012;14(1):86-94. [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf)
- (12) Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. Em: Foucault M. *Ditos & Escritos v: Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. pp. 265-287. ISBN: 9788521804888
- (13) Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. Em: Chantal JT (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas; 1994. pp. 45-65. ISBN: 9788522410408
- (14) Dias OV, Gomes LM, Barbosa TL, Souza LP, Rocha AL, Costa SM. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Rev Bioét.* 2013;21(3):448-454. <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a09n21v3.pdf>
- (15) Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Rev Bioét.* 2003;11(1):51-64. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000300022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000300022)
- (16) Camargo M. *Fundamentos de ética geral e profissional*. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011. ISBN:8532621317
- (17) Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):154-160. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a22v44n1.pdf>
- (18) Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Sci Med.* 2011;21(3):121-131. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/8723/6722>
- (19) Trevisan MA, Mendes IA, Hayashida M, Godoy S, Nogueira MS. La búsqueda del compromiso actitudinal: tendencia de la conducta ética del enfermero gerente. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):721-725. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a31v43n3.pdf>
- (20) Crochik JL. *Preconceito, indivíduo e cultura*. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. ISBN: 9798573964898
- (21) Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski-Barlem JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enf USP.* 2012;46(3):681-688. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/21.pdf>
- (22) Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GJ. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21(Esp 1):79-87. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_11.pdf)
- (23) Amin TC. O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4596/2/552.pdf>
- (24) Ramos FR, Brehmer LC, Vargas MA, Schneider DG, Drago LC. A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013; 21(Esp 1):113-121 [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_15.pdf)
- (25) Ramos FR, Scholler SD, Brehmer LC, Amaral RF, Melo TA. Motivações e experiências do ensino da ética/bioética em enfermagem. *Av Enferm.* 2010;28(2):40-47. <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21368/22338>

# La experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria: estudio de caso\*

A experiência vivida de uma mulher revascularizada pela doença coronária: estudo de caso

The lived experience of a woman with revascularization by coronary disease: case study

• Inna Elida Flórez Torres<sup>1</sup> • Clara Victoria Giraldo Mora<sup>2</sup> • María Angélica Arzuaga Salazar<sup>3</sup> •

\*Estudio de caso derivado de la tesis doctoral *Significados de la experiencia vivida de mujeres con enfermedad cardiovascular revascularizadas*.

•1• Candidata a Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.  
E-mail: iflorezt@unicartagena.edu.co

•2• Doctora en Sociología Médica. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.  
E-mail: victoria.giraldo@udea.edu.co

•3• Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.  
E-mail: maria.arzuaga@udea.edu.co

Recibido: 15/06/2016 Aprobado: 12/12/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.58378





## Resumen

**Objetivo:** Comprender los significados de la experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria.

**Metodología:** Estudio de caso fenomenológico con perspectiva de género, realizado en Cartagena, Colombia, entre febrero y junio de 2015. El análisis temático estuvo guiado por el método de Van Manen.

**Resultados:** La experiencia del *cuero vivo* significó percibir el anuncio de la enfermedad, prever los estragos sobre la corporeidad y feminidad, y anticiparse al sufrimiento. Las *relaciones vividas* significaron mantener un diálogo con un ser superior, una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores, *Sentirse "al revés"*: de cuidadora a cuidada. La experiencia del *espacio vivido* significó la entrada al quirófano: *Atravesar la raya roja*; la estancia en la unidad de cuidado intensivo, recibir un cuidado en soledad; salir de ella, la alegría de ganar una lucha. El *tiempo vivido* significó un punto de quiebre entre el antes y el ahora, un tránsito temporal de la experiencia, y recuperarse para mantener el rol. *Las cosas vividas* significaron una preocupación anticipada y una pérdida del dominio del rol.

**Conclusión:** Los significados otorgados a la experiencia permiten comprender su particularidad existencial. Durante la espera para la cirugía, la mujer se anticipa a los efectos sobre el rol social, sus dinámicas e interacciones; al enfrentarse al procedimiento, vive una situación límite. Intervenciones sensibles al género son requeridas para reconocer las necesidades de la mujer en los diferentes contextos de cuidado.

**Descriptores:** Enfermedad Coronaria; Revascularización Miocárdica; Hermenéutica; Feminismo; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Comprender os significados da experiência vivida de uma mulher revascularizada pela doença das coronárias.

**Metodologia:** Estudo de caso fenomenológico com uma perspectiva de gênero, realizado em Cartagena, Colômbia, de fevereiro a junho de 2015. A análise temática foi guiada pelo método de Van Manen.

**Resultados:** A experiência do *corpo vivido* significou poder perceber o anúncio da doença, prever o caos na fisicalidade/feminilidade e antecipar-se ao sofrimento. As *relações vividas* significaram manter um diálogo com um ser superior, uma conexão de ajuda e dependência dos cuidadores, *Sentir-se "ao contrário"*: de cuidadora a cuidada. A experiência do *espaço vivido* significou a entrada à sala de cirurgia: *Atravessar a linha vermelha*; ficar na unidade de terapia intensiva significou receber cuidados sozinha; sair dela, a alegria de vencer uma luta. O *tempo vivido* significou um ponto de ruptura entre o antes e o agora, um trânsito temporário da experiência, e recuperar-se para retomar o papel. As *coisas vividas* significaram uma preocupação antecipada e uma perda de controle do papel.

**Conclusão:** Os significados atribuídos à experiência permitem compreender sua peculiaridade existencial. Durante a espera para a cirurgia, a mulher se anticipa aos efeitos sobre o papel social, suas dinâmicas e interações; quando confrontada com o procedimento, vive uma situação extrema. É preciso gerar intervenções sensíveis ao gênero a fim de reconhecer as necessidades das mulheres em diferentes contextos de cuidado.

**Descritores:** Doença das Coronárias; Revascularização Miocárdica; Hermenéutica; Feminismo; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To understand the meanings of the lived experience of a woman with revascularization by coronary disease.

**Methodology:** Phenomenological case study with a gender perspective. It was carried out in Cartagena, Colombia, from February to June 2015. The thematic analysis was guided by the Van Manen's method.

**Results:** The *lived body* experience meant perceiving the warning of disease; fore see the ravages of corporality/femininity, and anticipating the suffering. The *lived relations* meant maintaining a dialogue with a superior being, a connection of aid and dependence with caregivers and *Feeling "the other way around"*: from caregiver woman to woman cared. The *lived space* experience meant the entrance to the operating room: *To cross the red line*; the intensive care unit stay, receiving a care in solitude; to leave it, the joy of winning a battle. The *time lived* meant a break point between her previous and her present stay, a temporary transit of experience, and thus to recover in order to keep up her role. The *lived things* meant an anticipated concern and a loss of control of her role.

**Conclusion:** The meanings provided to the experience allow understanding its existential distinctiveness. During the waiting time for surgery, the woman anticipates the impact on the social role, on its dynamics and interactions; when facing the procedure, she experiences a limit situation. Gender-sensitive interventions are required in order to recognizing the needs of women in varying care contexts.

**Descriptors:** Coronary Disease; Myocardial Revascularization; Hermeneutics; Feminism; Nursing (source: DECS BIREME).

## Introducción

A nivel mundial, las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) —a menudo consideradas sólo un problema masculino— son la principal causa de mortalidad en las mujeres y son responsables del 46% de las muertes en las de edad avanzada (1). En Estados Unidos y América Latina constituyen la principal causa de muerte y discapacidad prematura, situaciones favorecidas por la alta prevalencia de factores de riesgo, como la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad (2).

Entre las ECV, la Enfermedad Coronaria (EC) —también llamada *enfermedad isquémica del corazón*, en la que se agrupan la angina pectoris, la falla cardíaca isquémica y el infarto agudo de miocardio (3)— ocupa el primer lugar de las diez principales causas de defunción entre las mujeres en el mundo (1).

En Colombia, la incidencia de EC aumentó en un 8,2% en mujeres durante el periodo 2010-2014, lo que evidencia un problema de salud pública creciente (3). Durante el año 2015, ocupó el primer puesto entre las diez principales causas de defunciones, con 32 976 casos certificados, equivalentes al 16,3% (4). Por departamentos, la mortalidad y ocurrencia, si bien no muestran un patrón uniforme, aquellos con mayores tasas se encuentran ubicados en las regiones Andina y Caribe. En esta última, en el departamento de Bolívar, la tasa de mortalidad de mujeres por EC en el año 2014 correspondió al 45,47% (3).

La alta prevalencia de la EC se acompaña del aumento de la demanda de procedimientos de intervención y de la cirugía de Revascularización Miocárdica (RVM), cuyo objetivo es corregir la isquemia miocárdica por obstrucción de las arterias coronarias (5). Como tratamiento quirúrgico, se ha convertido en un procedimiento de rutina, lo que implica un desarrollo tecnológico progresivo en las últimas tres décadas (6). Sin embargo, se han descrito las repercusiones fisiológicas y las complicaciones de la RVM durante el posoperatorio. Además, el dolor como agente estresante en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), relacionado con factores como la incisión quirúrgica en la región del esternón y las actividades esperadas, puede

influir negativamente en la recuperación de la salud (7,8). La mediastinitis, con una incidencia de 1,4%, sigue siendo una complicación de baja prevalencia, con consecuencias devastadoras (9).

En relación con la experiencia de la RVM, Ariza (6) —sin diferenciar el género— señala como fuentes de estrés el sometimiento a ambientes cargados de estímulos estresores, como son el paso por la UCI, la dependencia de otras personas y de la tecnología, el aislamiento social y las preocupaciones por los resultados del procedimiento y la recuperación, por el futuro y por la vida personal y laboral.

Existen estudios sobre las diferencias de género en relación con la experiencia y la percepción de los síntomas de la EC, la búsqueda de ayuda (10), la calidad de vida y la recuperación de procedimientos invasivos y del tratamiento quirúrgico (11,12). No obstante, el conocimiento es limitado en cuanto a cómo la mujer otorga significados a la experiencia de la RVM.

La fenomenología y los estudios de género pretenden encontrar modos de discurso que puedan descubrir el significado en la vida cotidiana (13). La fenomenología hermenéutica de Van Manen se enfoca en comprender las experiencias vividas y descubrir sus significados; integra elementos de la fenomenología eidética o descriptiva y de la fenomenología hermenéutica, cuyo estudio es la interpretación. De la primera corriente, el teórico retoma conceptos de Husserl, como el mundo de la vida, la esencia, el método de la reducción; de la segunda, el carácter existencial, especialmente el pensamiento de Heidegger, que reconoce a la persona como un ser en el mundo (13, 14).

Para Van Manen, las experiencias vividas y las estructuras de significado constituyen la complejidad del mundo de la vida. Sobre este último, el autor concibe cinco existenciales, que son guías interpretativas del fenómeno o categorías que lo integran (13, 14), mediante los cuales los seres humanos experimentan el mundo: el cuerpo vivido, el espacio vivido, el tiempo vivido, la relación humana vivida y las cosas vividas —o materialidad—.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo del presente estudio fue comprender los significados de la experiencia vivida de una mujer revascularizada por EC.

## Metodología

Estudio de caso cualitativo-fenomenológico-interpretativo con perspectiva de género, para el cual se empleó el método de Van Manen. Se desarrolló en Cartagena, Colombia, entre febrero y junio de 2015. Mediante un muestreo intencional, se seleccionó y se entrevistó en profundidad a una participante considerada un caso rico en información: cartagenera, de 64 años, revascularizada en el año 2006, casada, de estrato socioeconómico 4, mestiza, católica, con estudios de bachillerato, ama de casa y que ejerce los roles de esposa/madre.

Como criterio de selección, se tuvo en cuenta que la participante portara el fenómeno en estudio y presentara condiciones físicas y mentales que le permitieran narrar su experiencia de acuerdo con los nueve años de haber transcurrido la cirugía. Los referentes fenomenológicos destacan que el concepto de *experiencia vivida* posee un significado filosófico y metodológico, dado que anuncia la intención de explorar directamente las dimensiones originales o *prerreflexivas* de la existencia humana (14): “El tiempo objetivo, como toda otra instancia trascendente, no es un dato fenomenológico. El punto de partida se encuentra en la inmanencia de la conciencia. En este sentido, el tiempo objetivo será explicitado a partir de las vivencias que lo constituyen” (15).

La entrevista empezó con la siguiente pregunta: *Por favor, ¿podría hablarme sobre su experiencia del infarto y la cirugía del corazón?*

El análisis se inició con la transcripción de la entrevista, su lectura y relectura para alcanzar la inmersión en el fenómeno. Posteriormente, mediante las aproximaciones de lectura detallada —línea por línea—, selectiva —frase o grupo de frases— y holística —el texto como un todo—, fueron identificadas las primeras unidades temáticas y luego agrupadas en patrones temáticos guiados por los existenciales (14,16).

De acuerdo con la propuesta de Van Manen, las frases recurrentes, las raíces etimológicas y las metáforas fueron analizadas mediante memos. Por corresponder a un estudio de caso, no se alcanzaron a estructurar categorías comprensivas. La interpretación se logró mediante una revisión sobre los temas emergentes.

Para mantener el rigor metodológico, se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, confirmabilidad y dependabilidad (17). Para garantizar la fiabilidad y la credibilidad de las interpretaciones, la entrevista fue transcrita por la investigadora, respetando todas las expresiones lingüísticas de la participante; luego, la entrevista le fue devuelta y validada. El análisis fue realizado por la investigadora y triangulado con las asesoras de la tesis, investigadoras de dos disciplinas psicología y enfermería. Los resultados fueron socializados en un taller de análisis a nivel doctoral. A continuación se presentan los ejemplos textuales de la participante y su concordancia con las interpretaciones. Se considera viable alcanzar la confirmabilidad una vez que se haya descrito la ruta metodológica (17).

La *reflexividad*, entendida como la conciencia del investigador y su situación con la conexión en la investigación, inició con la introspección de la investigadora (18), consignada en notas reflexivas sobre las motivaciones, el interés con el fenómeno y la relación con la vida personal y profesional, explicitando preconcepciones, creencias, conocimientos y sesgos (14,18).

Dada la característica idiográfica del estudio de caso, se reconoce como limitación la transferibilidad de los resultados a otras experiencias similares.

El estudio se consideró de riesgo mínimo. Según el acta n° CEI-FE 2015-1 del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, se contempló el consentimiento informado, la autorización para grabar la entrevista, la confidencialidad y la discreción en el manejo de la información mediante un seudónimo.

## Resultados

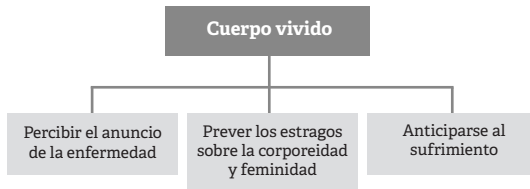
Las estructuras de significados de la experiencia vivida se describen y se interpretan a la luz de los cinco existenciales:

### **El cuerpo vivido**

La experiencia del cuerpo vivido significó percibir el anuncio de la enfermedad, prever los estragos sobre la corporeidad y la femineidad y anticiparse al sufrimiento (ver Figura 1).



**Figura 1.** Patrón temático del existencial el *cuerpo vivido*



**Fuente:** datos del estudio

*Percibir el anuncio de la enfermedad.* El anuncio de la enfermedad es percibido mediante manifestaciones corporales vagas e inespecíficas, las cuales se mantienen en privado en la medida en que son toleradas y permiten el ejercicio cotidiano del rol. Al convertirse en limitantes, provocan una irrupción en la vida de la mujer y la opresión es reconocida como una señal de alarma ante la cual ella rompe el silencio. Este hecho se materializa en una acción concreta, que es la búsqueda de ayuda:

Esa noche sentía una molestia pasajera. Me sentí como fastidiada; sentía como algo raro en mi cuerpo, pero no les dije nada. Yo seguía en mis actividades; tampoco quise alarmarlos. Al día siguiente, estaba en la cocina terminando el almuerzo, cuando me dio esa opresión... Yo quería seguir y almorzar con mis hijos, pero no podía más... Les dije lo que me estaba pasando. El cuerpo no me dejaba seguir; todos corrieron y me llevaron al hospital [MP].

*Prever los estragos sobre la corporeidad y la feminidad.* Ante el diagnóstico de la enfermedad y al recibir la noticia de la cirugía, se generan preocupaciones relacionadas con la suspensión transitoria del

rol y con el tiempo de hospitalización. Valora en su imaginario la magnitud y las consecuencias corporales relacionadas con ser mujer, a la vez que dirige las preocupaciones hacia los efectos sobre su imagen al quedar marcada con una cicatriz de gran tamaño, visible, que perturba su estética corporal y deja una huella. Queda la impresión prolongada en el tiempo de una experiencia dolorosa, agresiva, peligrosa:

Cuando el médico dice que tenían que operarme, en esos momentos a mí me preocupaba todo: no poder hacer mis cosas, el tiempo que debía seguir hospitalizada... Mi cuerpo no sería el mismo después de una cirugía tan grande... Me preocupaba una cicatriz muy grande en el pecho. Sí, porque eso se ve feo... Yo me voy a bañar en el mar, y que me vean esa raja en el pecho como un ciempiés [MP].

*Anticiparse al sufrimiento.* En la vivencia previa a la cirugía, la mujer transita en el sufrimiento desde lo imaginario a lo real y experimenta miedos relacionados con el riesgo de morir y con la posibilidad de no superar la cirugía y de presentar complicaciones. En el posoperatorio, al enfrentar la realidad, experimenta la sensación dolorosa como centro de su existencia y, en consecuencia, direcciona su comportamiento motivada por el sufrimiento, el miedo y el dolor:

En la experiencia de la cirugía, mi cuerpo fue el que más sufrió con todo lo que me estaba pasando. Antes de entrar al quirófano, le pedía a Dios que cuando abriera los ojos y despertara de la cirugía no me diera ningún malestar ni dolor en ninguna parte. Cuando

desperté, me sentía toda dolorida. No podía mover mi cuerpo; estaba toda llena de aparatos; tenía un brazalete que se inflaba en mi brazo. Para moverme, me dolía todo; me daba miedo que se reventara un punto por dentro o algo. Yo estaba quietecita y callada [MP].

cuando despierte me devuelvas a mi familia... No me quiero morir. Yo quiero volver, y voy a volver a mi casa a ver a mis hijos. Amo mi hogar. Te amo a ti, Señor» [MP].

### Las relaciones humanas vividas

Éstas significaron mantener un diálogo con un ser superior, una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores y sentirse “al revés”: de cuidadora a cuidada (ver Figura 2).

**Figura 2.** Patrón temático del existencial *las relaciones humanas vividas*



**Fuente:** datos del estudio

*Mantener un diálogo con un ser superior.* La realidad de la cirugía genera una reflexión existencial con un ser superior, que tiene el poder de determinar la vida o la muerte. Aboga por su mediación y por su intersección durante la cirugía. Esta relación se sustenta por el temor a morir y por el deseo de seguir viviendo, de compartir y continuar las relaciones vividas con las personas significativas. En la fe se refuerza las ganas de vivir:

Antes de la operación, yo decía: «Señor, dirige a los médicos para que hagan la operación. Opérame tú. Te voy a pedir con todo mi corazón y con toda mi alma que

*Una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores.* En las relaciones humanas vividas con el equipo de salud, se establece un vínculo de dependencia para superar la cirugía y alcanzar la recuperación. En el contexto del cuidado recibido, una relación de apoyo y proximidad con sus cuidadores formales se manifiesta mediante actitudes concretas, como la presencia, la atención, la diligencia, la comunicación y la reafirmación:

Después de la cirugía estuve tranquila. Las enfermeras me iban a ver; los médicos estaban muy pendientes de mí, me controlaban a cada rato, me tomaban muestras. Todos estaban muy pendientes de mí, llegaban temprano, me saludaban, me decían que lo peor lo había superado. Y, de verdad, sin todas esas atenciones, yo no lo hubiera logrado. Todos me daban fuerzas para seguir luchando. Pude superar el infarto y la cirugía. Ellos fueron muy importantes para salir adelante [MP].

*Sentirse “al revés”: de cuidadora a cuidada.* De regreso a casa, la mujer valora la incondicionalidad del cuidado recibido de sus familiares en el proceso de recuperación. La experiencia de ser cuidada es grata al ser apoyada, acompañada por sus hijos y su esposo. Se reconoce un apoyo familiar con amor, buenos sentimientos y preocupaciones. El evento significó transformarse en el ser vulnerable que necesita ser cuidado; una experiencia nueva en la que transita de proveedora a receptora de cuidados y asume el rol de persona cuidada:

Ya en mi casa, después de la operación, se sintieron muy preocupados todos, principalmente mis hijos. Yo me sentía como *al revés*, viendo que ellos me cuidaban tanto... Vivían pendientes de mí; estaban pendientes de las medicinas, de que comiera bien; me ayudaban; me acompañaban en todo. En esos momentos, sentí mucho el amor de mis hijos. Todo eso fue muy valioso en aquellos momentos de mi recuperación [MP].

Estuve tranquila hasta la sala de recuperación cuando me estaban preparando, pero cuando sentí que era inevitable *atravesar la raya roja* del quirófano, todo se me vino encima. Es cuando te enfrentas a la realidad de lo que se acerca...; y temblaba no sé si por el frío o por el miedo. Allí todos corrían. Pensaba nuevamente en que me podía quedar, en que yo podía no volver más... Si vivía, Dios me daba una nueva oportunidad [MP].

### El espacio vivido

La experiencia del espacio vivido significó la entrada al quirófano: "Atravesar la raya roja"; la estancia en la unidad de cuidado intensivo, recibir un cuidado en soledad; salir de ella, la alegría de ganar una lucha (ver Figura 3).

**Figura 3.** Patrón temático del existencial el espacio vivido



**Fuente:** datos del estudio

*La entrada al quirófano: "Atravesar la raya roja".* En el contexto del quirófano, la mujer experimenta un momento crucial y crítico por la cercanía a la muerte; toma conciencia de la finitud de su vida; se percibe y se acepta como un ser mortal. El quirófano significó la vivencia de una situación límite dada por la inminencia de la cirugía y las expectativas de superarla, el peligro y el riesgo de morir; un ambiente de desolación en el que se contrasta el silencio y la agitación de la rutina con la autorreflexión sobre las posibilidades de una realidad inevitable. Se apela a un ser superior que tiene el poder de salvarla y le otorga esperanza:

*La estancia en la uci: recibir un cuidado en soledad.* En la uci la participante es consciente de su existencia. Ésta es percibida como condicionada al riesgo de complicaciones: una experiencia angustiante y en soledad. El cuidado es valorado como una señal que advierte la complejidad de la situación y la necesidad de dependencia de otros para superar las amenazas. Esta situación conlleva a una percepción del tiempo detenido, vinculada a la persistencia del peligro respecto a su condición:

Quando salí de la cirugía, me pasaron a la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí desperté y después me quitaron el tubo; estuve en un cubículo especial, solita. Escuchaba que el médico decía: «Cuidado con esta paciente, que no se le suba la presión. ¿Cómo va el sangrado?». Las enfermeras entraban a cada rato, me controlaban mucho. Sentía que la situación aún era complicada. Todo era igual: el día y la noche; todo el tiempo las alarmas... [MP].

*Salir de la uci: la alegría de ganar una lucha.* La experiencia de salir de la uci significó un anclaje a la vida; sentirse salvada, vencer la lucha contra la soledad, poder estar con otros en contextos de menor complejidad; salir al encuentro familiar y percibirse a sí misma en condiciones favorables para interactuar, habitar y coexistir:

Después, me pasaron a una habitación en Intermedios, donde estuve pocos días, y luego a la sala de hospitalización. Sentía que podía cantar victoria; el sólo hecho de recibir visitas por más tiempo, ver a mis hijos... Sentía que Dios me estaba dando una oportunidad de seguir viviendo [MP].

### El tiempo vivido

Éste significó un punto de quiebre entre el antes y el ahora; un tránsito temporal de la experiencia y recuperarse para mantener el rol (ver Figura 4).

**Figura 4.** Patrón temático del existencial *el tiempo vivido*



**Fuente:** datos del estudio

*Un punto de quiebre entre el antes y el ahora.* La vivencia temporal de los momentos críticos de la experiencia significó una ruptura súbita que delimita un antes y un ahora. El antes la mujer lo reconoce como la normalidad y bienestar; el ahora, como la huella en la existencia que transforma su vida y el sentido de sí misma:

La cirugía me partió la vida en dos: antes del infarto, yo me sentía normal, bien, y de repente me dicen que me tienen que operar... ¡y del corazón!, ¡no, tremendo! A mí la cirugía me partió la vida en dos: yo era otra mujer antes de la cirugía. No soy la misma; ahora valoro más mi salud, mi familia, todo lo que Dios me ha dado [MP].

*Un tránsito temporal de la experiencia.* En la vivencia, la participante transita en una dimensión circular del tiempo: pasado, presente y futuro interactúan de manera inseparable. En el presente, a la señal corporal de la cirugía le adjudica un sentido libertador de la muerte. La experiencia resignifica la vida; el futuro está ligado a la esperanza de su propia existencia:

La cirugía marca la vida para siempre. Ahora, después de todo, me veo diariamente la cicatriz y digo: «Salvaste mi vida; estoy viviendo de nuevo». Cuando me dio el infarto, nunca pensé que la cirugía me daría la oportunidad de seguir viviendo [MP].

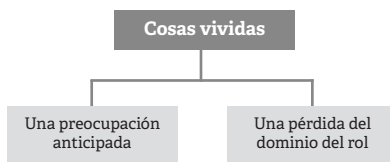
*Recuperarse para retomar su vida y su rol.* El hecho de recuperarse se asume como una tarea personal con responsabilidad; un acto consciente y voluntario. La mujer asume una actitud de autocuidado ante la necesidad de retomar su vida y su rol. Ingresar y permanecer transitoriamente en un programa de entrenamiento físico permite recuperar la autonomía y la capacidad funcional. Éstas son reconocidas como la meta de haber alcanzado el desempeño del rol habitual y la propia existencia:

Yo busqué para recuperarme. Estuve como un mes en el programa de rehabilitación y después de ese tiempo me sentía mucho mejor. Empecé a hacer mis oficios, mis labores como antes; me sentía viva, recuperada, feliz de atenderlos nuevamente [MP].

### Las cosas vividas

Las cosas vividas significaron una preocupación anticipada y una pérdida del dominio del rol (ver Figura 5).

**Figura 5.** Patrón temático del existencial las cosas vividas



**Fuente:** datos del estudio

*Una preocupación anticipada.* Durante la hospitalización, la mujer en su imaginario se conecta y se preocupa por su pertenencia primera: el contexto del hogar, la familia y las tareas domésticas; recorre y recrea los espacios, seres y objetos ligados a su cotidianidad, los cuales proporcionan armonía y sentido existencial. Las cosas vividas significaron una anticipación expresada en pensamientos y preocupaciones por los asuntos y por las relaciones significativas:

En el hospital, pensaba tanto en mi casa, en cómo la iba a encontrar, en mis tres hijos, en mis matiscas y en el perro; quién lo estaría sacando por las tardes... Porque

yo lo paseaba todos los días y eso lo disfrutaba. Me decían que todo estaba bien. No dejaba de pensarlos [MP].

*Una pérdida del dominio del rol.* Las cosas vividas significaron una pérdida del vínculo y del dominio de las prácticas cotidianas. Los objetos, la rutina y los asuntos de los que la mujer se ocupaba diariamente son vistos a partir de una relación de propiedad; valora la ausencia de aquellos, percibiéndose ella imprescindible en lo contextual y en las responsabilidades para con los demás:

No dejaba de pensar en mi casa, en mi jardín, en mis hijos y en mi esposo... Pensaba tanto en quién los estaría ayudando... No dejaba de preocuparme por mis obligaciones con ellos. La mamá hace falta en la casa [MP].

Al integrar los patrones temáticos de cada existencial y relacionar los resultados entre los cinco existenciales para comprender la experiencia como un todo, la enfermedad y la revascularización significaron un cambio inesperado en la vida de la mujer (ver Figura 6):

Cuando me dieron la noticia, ¡imagínese!, se me vino el mundo encima. Eso fue una impresión muy fuerte para mí. En un instante, el infarto me cambió la vida [MP].

Cuando me destaparon la herida del pecho, me puse a llorar; me entró una nostalgia... [MP].

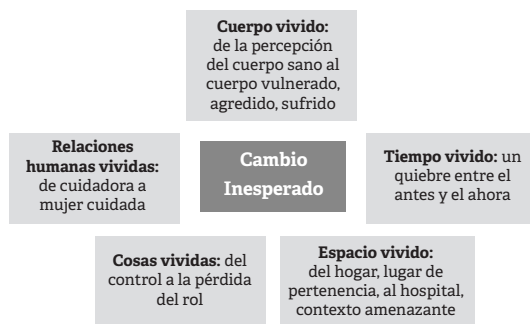


Ellos [los hijos] me cuidaron mucho. Yo me sentía *al revés* [MP].

No dejaba de pensar en mi casa, en mis hijos y en mi esposo; y yo en el hospital... [MP].

La cirugía le marca la vida a uno para siempre. Yo no soy la misma después de la cirugía [MP].

**Figura 6.** La experiencia vivida de la mujer revascularizada por EC



**Fuente:** datos del estudio

## Discusión

En la experiencia del cuerpo vivido, las manifestaciones que anuncian la enfermedad son percibidas por la mujer como *vagas e inespecíficas*; le permiten continuar el ejercicio del rol y se mantienen en privado hasta que son limitantes. Desde la perspectiva de género, se reconoce que la mujer ha estado sub-representada en la investigación cardiovascular y ha sido considerada como un mini-hombre (19). Céspedes identificó once subgrupos de mujeres caracterizadas por sintomatología atípica de la EC y estrategias inadecuadas de manejo de los síntomas (19). La complejidad de la identificación

de la EC en las mujeres se acentúa a través de los síntomas atípicos, los cuales se convierten en los típicos del género femenino y dan lugar a un retraso o a un diagnóstico erróneo (19-22).

Ante la limitación corporal de “el cuerpo no me dejaba seguir” que provoca la opresión como señal de alarma, la mujer rompe el silencio y conduce la acción de búsqueda de ayuda. Estos resultados son consistentes con la teoría sustantiva del diálogo entre lo público y lo privado en la experiencia de mujeres sometidas a RVM (23). Lo privado envuelve el proceso interior en el que tratan de preservar la normalidad. Los síntomas son integrados a la cotidianidad; son ignorados y minimizados para salvaguardar el papel de la mujer en la familia. Lo público hace referencia a la forma como ellas exponen la naturaleza de su condición y manejan las interacciones con la familia y los profesionales de la salud (23).

El diagnóstico de la enfermedad y la noticia de la cirugía provocan una irrupción en el mundo cotidiano de la mujer y en sus interacciones, la cual le genera preocupaciones relacionadas con el ejercicio del rol y con su imagen corporal: la mujer se anticipa al sufrimiento. Según la fenomenología de la existencia corpórea, el cuerpo es una dimensión del propio ser que permite comprender a la mujer como sujeto de capacidades y percepciones, de modos de expresión, como sujeto de espacio y de tiempo (24).

La experiencia de la mujer como un ser encarnado es fruto de una relación, y todas las relaciones están corporeizadas, pues el cuerpo es vehículo del ser-en-el-mundo: el cuerpo intuye, experimenta, padece y siente (24-26). El significado que la participante le otorga a la huella de la cirugía al emplear el símil “esa raja en el pecho como un ciempiés” hace referencia a una experiencia dolorosa, agresiva, de gran magnitud, que supone una amenaza y un peligro en la vida cotidiana. La literatura señala que las construcciones de las mujeres, al dar sentido y conceptualizar la RVM, se centran a menudo en la esternotomía, la cual es percibida como un acto brutal que encarna el procedimiento para las mujeres, el miedo a morir y el temor a las complicaciones o a las discapacidades (27).

A la experiencia de la cirugía, la participante le atribuye un sentido de relación y reflexión existencial con un ser superior que tiene el poder de determinar la vida o la muerte. Este diálogo

se sustenta por el temor a morir. El tema existencial de las relaciones humanas vividas es, en un sentido amplio, el otro experimentado en su alteridad, las relaciones con los demás en el espacio interpersonal compartido. En este espacio se busca la experiencia con el otro, lo social, para un sentimiento de propósito en la vida, de significado, de base para vivir, como es el caso de la experiencia religiosa del otro absoluto, es decir, Dios (14, 28). La coexistencia implica una relación con otro, con alguien; es abrirse ontológicamente a la intersubjetividad, a la realización conjunta con otro ser personal (28).

El miedo a morir y el hecho de reconocer la cirugía como una amenaza para la vida han sido descritos por Banner *et al.* y Moore *et al.* Las mujeres de estos estudios temían a lo desconocido; manifestaron, antes de la cirugía, miedo a morir, a no saber qué hacer después, a los efectos de la enfermedad sobre su vida y relaciones (23,29).

En el proceso de recuperación en el hogar, la mujer transita de cuidadora a cuidada y se entrega al cuidado familiar, se transforma en el ser vulnerable que necesita cuidados. En relación con el sentido ontológico del cuidado, Heidegger (30) reconoce dos orientaciones posibles del *Dasein* a su existencia: “la propiedad y la impropiiedad, bien la huida ante sí mismo y de sus posibilidades más propias, bien la apropiación de estas posibilidades que se manifiesta como responsabilidad en la forma de un querer tener conciencia” (30). A la luz de la fenomenología heideggeriana, en su recuperación, la mujer revascularizada se permite a sí misma ser dominada por otros a quienes les transfiere las posibilidades de cuidar de sí, se muestra limitada y dependiente de los demás. Para ella esta condición es infrecuente (31).

Como un ser vulnerable, Sentirse “al revés” constituye para la mujer un tránsito que invierte su rol social como proveedora de cuidados familiares. Gilligan hace un aporte a la comprensión del cuidado femenino culturalmente asociado a los roles de género. La ética del cuidado, al darse en el contexto privado, considera las dinámicas de la vida cotidiana (32). Las mujeres tienen juicios morales contextuales inmersos en los detalles de las situaciones; tienden a adoptar el punto de vista del otro concreto y de sus necesidades, más allá del cuidado de sí (33). La identidad de la mujer está fuertemente formada en función de

un otro y en la responsabilidad que surge de la conciencia de formar parte de una red de relaciones de interdependencia (33).

El espacio vivido incluye el contexto integral de objetos naturales, instituciones, equipos, bienes culturales; en él las personas crean su propio camino y se desarrollan colectiva e individualmente a través de la interacción (34). En el recorrido por los diferentes contextos de cuidado, la entrada al quirófano es un momento crítico en el que la mujer se percibe y se acepta como un ser mortal; vivencia una situación límite. Para Jaspers (35), la existencia se configura en medio de las posibilidades vitales, permanentes e ineludibles, como la muerte, la soledad, la separación, la pérdida; son reveladoras de la existencia humana; son generadoras de angustia y motivan la reflexión. Estas circunstancias son impuestas al individuo y éste no puede sino experimentarlas; son la manera como el ser humano encara lo inevitable o lo eventual (35).

En la experiencia del tiempo vivido, la EC y la cirugía significaron para la participante un punto de quiebre entre el antes y el ahora. El antes lo reconoce como la normalidad y el bienestar; el ahora, como la huella en la existencia que transforma la vida de la mujer y el sentido de sí misma. Un pronóstico incierto altera el sentido de la temporalidad (36). A medida que se convierte en una forma de vida, la enfermedad provoca un distanciamiento de la cotidianidad; da un sentido de tiempo amplificado de la mortalidad y la fragilidad; posibilita una apreciación de las cosas buenas de la vida, de las prioridades, y privilegia el presente (36).

Amorim *et al.*, al estudiar la temporalidad en mujeres revascularizadas, revelan un movimiento existencial después de la cirugía. En ellas, la ubicación del tiempo no es cronológica sino fenomenal. En este sentido, las mujeres recordaban lo que podían hacer antes de la cirugía, el poder de haber sido saludables, y después de la cirugía —la experiencia vista como un ahora—, en que anhelaban regresar al tiempo anterior al diagnóstico (37).

En la experiencia de regresar a casa, la recuperación es asumida por la mujer como una tarea personal con la responsabilidad de retomar su vida y su rol. La decisión está vinculada a la alteración del ejercicio del rol y a la necesidad de recuperar su rol, más que en la conciencia de cambio

ante una situación crónica. Estos resultados guardan relación con lo descrito por Moore (29), cuyas mujeres objeto de estudio consideraron la cirugía como una solución y su enfermedad no se percibió como un problema crónico. Con la mejoría de los síntomas agudos, expresaron el deseo de volver a la normalidad y continuar con su vida, en lugar de centrarse en la cronicidad de la EC y en la reducción de los factores de riesgo (29).

En la experiencia durante la hospitalización, la mujer mantiene un vínculo y una conexión con su espacio cotidiano, expresado en preocupaciones anticipadas y en la pérdida del dominio del rol. Las cosas vividas hacen referencia al significado de las cosas materiales experimentadas como extensiones de nuestros cuerpos y mentes: pensamientos, hechos, experiencias, acontecimientos y descubrimientos (14). La persona es un ser humano comprometido con las cosas que tienen valor y significado, situada en el mundo, en sus relaciones con otros, con eventos, proyectos y preocupaciones (25).

Los existenciales son dimensiones inherentes a la existencia humana. Concebirlos como guías para comprender la experiencia vivida de una mujer revascularizada posibilita una visión humanista del fenómeno. Benner *et al.* señalan que las experiencias vividas relacionadas con la salud y la enfermedad están situadas en la historia particular de un ser encarnado en el mundo (25). La salud conlleva a un equilibrio corporal en el mundo de la vida de la persona, de tal manera que experimenta una sensación de bienestar e integridad (25). Por el contrario, una enfermedad grave, una cirugía o una discapacidad lo cambia todo: el sentido de sí mismo y del cuerpo, del tiempo y de las prioridades, la experiencia del espacio, las relaciones con otros y con las cosas importantes (38).

## Conclusiones

Los significados atribuidos a la experiencia permiten comprender su particularidad existencial. La EC se anuncia a través de manifestaciones vagas e inespecíficas: los síntomas atípicos, los cuales son subestimados por la mujer en la medida en que permiten el ejercicio del rol.

La enfermedad y la cirugía irrumpen en la cotidianidad de la mujer y en sus dinámicas sociales. Al enfrentarse al momento inevitable de la RVM, ella vive una situación límite, un momento crítico

en el que contempla la finitud de su existencia, el temor a las complicaciones. Por lo tanto, se anticipa al sufrimiento.

La relación espiritual de entrega a Dios se sustenta por la conciencia del riesgo y por el deseo de vivir. El cuidado en la UCI es valorado como una relación de afecto, comunicación, diligencia, reafirmación y proximidad con los cuidadores formales, de quienes se depende para superar la persistencia del riesgo. No obstante, es percibido en soledad. Salir de este contexto significó para la mujer sentirse salvada y recuperar sus interacciones familiares.

La experiencia *resignifica* la vida de la mujer. En el tiempo, deja una huella que delimita un antes y un ahora. Retomar la vida cotidiana es una motivación en el proceso de recuperación. Los significados sociales relacionados con el rol y con el ámbito doméstico otorgan un sentido a la experiencia.

En el cuidado a las mujeres con EC se requiere de intervenciones con perspectiva de género que permitan avanzar en el reconocimiento de las construcciones sociales, las cuales permean los imaginarios e influyen en las decisiones relacionadas con la salud y con el cuidado. Incluir la voz de la mujer y los significados atribuidos a esta experiencia con seguridad enriquecerá la práctica de enfermería.

## Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro de prensa;2013 [actualizada:13sep 2013; acceso: 13sep 2013]. Salud de la mujer [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- (2) Tejero ME. Cardiovascular disease in Latin American women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2013May 22]; 20(6):405-411. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20554175>
- (3) República de Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia [informe en Internet]. 5ª edición. Bogotá:



Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud; 2015 [acceso: 02 dic 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-fi.pdf>

(4) República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales: cifras preliminares 2014p-2015p [boletín en Internet]. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2016 [acceso: 02 dic 2016]. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt\\_estadisticasvitales\\_2014p-2015p-30-03-2016.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_2014p-2015p-30-03-2016.pdf)

(5) Cunha KS, Erdmann AL, Higashi GD, Baggio MA, Kahl C, Koerich C et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. *Rev Baiana Enferm.* 2016; 30(1):295-304.

(6) Ariza C. Eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. *Enferm Cardiol.* 2010-2011;17-18(51-52):26-41.

(7) Mello LC, Rosatti SF, Hortense P. Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(1):1-8.

(8) Navarro MA, Irigoyen MI, DeCarlos V, Martínez A, Elizondo A, Indurain S et al. Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardíaca. *Enferm Intensiva* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 18 nov 2014];22(4):150-159. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-del-dolor-postoperatorio-agudo-S1130239911000411>

(9) Parada JM, Carreño M, Camacho J, Sandoval NF, Umaña JP. Factores asociados a la aparición de mediastinitis en 2.073 revascularizaciones miocárdicas. *Rev Colomb Cardiol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 21 may 2015];21(2):119-124. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v21n2/v21n2a10.pdf>

(10) DeVon HA, Hogan N, Ochs AL, Shapiro M. Time to treatment for acute coronary syndromes: the cost of indecision. *J Cardiovasc Nurs.* 2010; 25(2):106-114.

(11) Gijsberts CM, Agostoni P, Hofer IE, Asselbergs FW, Pasterkamp G, Nathoe H et al. Gender differences in health-related quality of life in patients undergoing coronary angiography. *Open Heart.* 2015;2(1):e000231.

(12) Kendel F, Dunkel A, Müller-Tasch T, Steinberg K, Lehmkuhl E, Hetzer R et al. Gender differences in health-related quality of life after coronary bypass surgery: results from a 1-year follow-up in propensity-matched men and women. *Psychosom Med.* 2011;73(3):280-285.

(13) VanManen M. Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad. Barcelona: Idea Books; 2003.

(14) Van Manen M. Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing. California: Left Coast Press Inc.; 2014.

(15) Kretschel V. El proceso de objetivación del tiempo fenomenológico: un estudio acerca de la constitución del tiempo objetivo en términos husserlianos. *Thémata.* 2013;(47):165-183.

(16) Ayala R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *RIE.* 2008; 26(2):409-430.

(17) Cope DG. Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncol Nurs Forum.* 2014; 41(1):89-91.

(18) De La Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 03 oct 2013];21(3): 163-167. Disponible en: <http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2011/la-reflexividad.pdf>

(19) Céspedes V. Atypical nature of coronary artery disease in women: a proposal for measurement and classification. *Av Enferm.* 2015;33(1):10-18.

(20) O'Keefe-McCarthy S. Women's experiences of cardiac pain: a review of the literature. *Can J Cardiovasc Nurs* [serial on the Internet]. 2008 [acceso: 15 oct 2013]; 18(3):18-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727283>

- (21) Welch LC, Lutfey KE, Gerstenberger E, Grace M. Gendered uncertainty and variation in physicians' decisions for coronary heart disease: the double-edged sword of "atypical symptoms". *J Health Soc Behav.* 2012; 53(3):313-328.
- (22) Tajer D, Fernández A, Antonietti L, Chioldi A, Salazar A, Barrera I *et al.* Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Rev Argent Salud Pública.* 2014; 5(21):14-23.
- (23) Banner D, Miers M, Clarke B, Albarran J. Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Adv Nurs.* 2012; 68(4): 919-930.
- (24) Gallo LE. El ser-corporal-en-el-mundo como punto de partida en la Fenomenología de la existencia corpórea. *Pensamiento Educativo.* 2006; 38:46-61.
- (25) Benner P, Wrubel J. *The primacy of caring: stress and coping in health and illness.* California: Addison Wesley; 1989.
- (26) López MC. Fenomenología y feminismo. *Daimon* [revista en Internet]. 2014 [acceso:30 may 2015];(63):45-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/197001>
- (27) Banner D. Becoming a coronary artery bypass graft surgery patient: a grounded theory study of women's experiences. *J Clin Nurs.* 2010; 19(21-22):3123-3133.
- (28) García JA. Existencia personal y libertad. *Anuario Filosófico* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 17 jul 2014]; 42(2):327-356. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/22454/2/GARCIA%20GONZALEZ.pdf>
- (29) Moore LC, Kimble LP, Minick P. Perceptions of cardiac risk factors and risk-reduction behavior in women with known coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(6):433-443.
- (30) Escudero JA. «Ser y tiempo»: ¿una ética del cuidado? *Aurora* 2012;(13):74-79.
- (31) Amorim TV, Salimena AM, Melo MC, Souza ÍE, Silva LF. Senses of the being-there-woman-after-cardiac-surgery supported by Heidegger. *Rev Rene.* 2013;14(5):988-995.
- (32) Cortés DA, Parra G. La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanías. *Psicol Caribe* 2009;(23):183-213.
- (33) Fascioli A. *Ética del cuidado y ética de la justicia* en la teoría moral de Carol Gilligan. *Actio.* 2010; (12):41-57.
- (34) Churchill SD, Wertz FJ. Contemporary themes: an introduction to phenomenological research in psychology: historical, conceptual, and methodological foundations. In: Schneider KJ, Fraser J, Bugental J (Eds.). *The handbook of humanistic psychology: theory, research, and practice.* 2<sup>nd</sup> edition. California: SAGE Publications. 2015. pp. 275-296.
- (35) Álvarez M. El concepto de situación límite en la psicología fenomenológico-existencial de Karl Jaspers. *Revista Ethos* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 09 mar 2015]; [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <https://revistaethos.wordpress.com/2012/01/14/situacionlimite/>
- (36) Carel H. Phenomenology as a resource for patients. *J Med Philos.* 2012; 37(2):96-113.
- (37) Amorim TV, Salimena AM, Souza ÍE, Melo MC, Silva LF, Cadete MM *et al.* Women's temporality after cardiac surgery: contributions to nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):748-754.
- (38) Van Manen M. Modalities of body experience in illness and health. *Qual Health Res.* 1998;8(1):7-24.

# Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor

## Sobrecarga e qualidade de vida do cuidador principal do idoso

Overburden and quality of life of the primary elderly caregiver

• Jack Roberto Silva Fhon<sup>1</sup> • Judyth Tereza Gonzales Janampa<sup>2</sup> • Teresa Mas Huaman<sup>3</sup> •  
 • Sueli Marques<sup>4</sup> • Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>5</sup> •

•1• Doctor en Ciencias. Post-doctorando de la Escuela de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: betofhon@usp.br

•2• Licenciada en Enfermería. Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.

•3• Licenciada en Enfermería, Escuela Académico Profesional de Enfermería – Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.

•4• Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

•5• Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Recibido: 30/06/2016 Aprobado: 17/01/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.58704



## Resumen

**Objetivo:** Determinar la sobrecarga de trabajo y la calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado con 183 adultos mayores y sus respectivos cuidadores atendidos en un consultorio de geriatría. Para la recolección de los datos, fueron utilizados los instrumentos de perfil demográfico para el adulto mayor y su cuidador *Escala de Zarit* y *The Medical Outcomes Study 36-item* (SF-36). El análisis se realizó por medio de la estadística descriptiva y de la prueba de *correlación de Spearman*, con un nivel de significancia de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** En los adultos mayores, hubo predominio del sexo masculino; la edad promedio fue de 74,8 años y estaban casados/as. En los cuidadores, predominó el sexo femenino; la edad promedio fue de 44,3 años. El total de cuidadores tenían estudios superiores, estaban casados/as y eran hijos/as de los adultos mayores. Según la evaluación con la *Escala de Zarit*, el 18,1% presentó algún tipo de sobrecarga; en cuanto a la calidad de vida, las dimensiones con menor puntuación fueron *Salud general*, *Salud mental* y *Vitalidad*. Se obtuvo una correlación inversa entre la puntuación total de la *Escala de Zarit* y todas las dimensiones de la calidad de vida.

**Conclusión:** Se observó que el desgaste de la calidad de vida se debe a la sobrecarga en el cuidado del adulto mayor. Por lo tanto, se hace necesario acompañar el estado de salud de los cuidadores con la finalidad de prevenir alteraciones físicas y mentales.

**Descriptores:** Cuidadores; Anciano; Costo de Enfermedad; Calidad de Vida; Enfermería Geriátrica (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Determinar a sobrecarga de trabalho e a qualidade de vida do cuidador principal do idoso atendido em um ambulatório de geriatria.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, com 183 idosos e seus respectivos cuidadores atendidos em um ambulatório de geriatria. Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos de perfil demográfico para o idoso e seu cuidador *Escala de Zarit* e *The Medical Outcomes Study 36-item* (SF-36). A análise foi realizada por meio da estatística descritiva e do teste de *correlação de Spearman*, com um nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Dentre os idosos participantes, houve predominio do sexo masculino; a idade média foi de 74,8 anos e estavam casados/as. Em relação ao cuidador, predominou o sexo feminino; a idade média foi de 44,3 anos. O total dos cuidadores tinham educação superior, estavam casados/as e, como parentesco, eram filhos/as dos idosos. Segundo a avaliação com a *Escala de Zarit*, 18,1% apresentou algum tipo de sobrecarga; quanto à qualidade de vida, as dimensões com menor pontuação foram *Saúde geral*, *Saúde mental* e *Vitalidade*. Obteve-se uma correlação inversa entre o escore da *Escala de Zarit* e todas as dimensões da qualidade de vida.

**Conclusão:** Observou-se um desgaste na qualidade de vida e deve-se à sobrecarga do cuidado do idoso. Portanto, é necessário realizar um acompanhamento da saúde do cuidador com a finalidade de prevenir agravos físicos e mentais.

**Descritores:** Cuidadores; Idoso; Efeitos Psicossociais da Doença; Qualidade de Vida; Enfermagem Geriátrica (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To determine the overburden and quality of life of the primary elderly caregiver of the elderly attended in a consulting room of geriatrics.

**Methodology:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study, with 183 elderly and their caregivers from a consulting room of geriatrics. For data collection, the demographic profile instruments for the elderly and their caregivers *Zarit Scale* and the *Medical Outcomes Study 36-item* (SF-36) were used. The analysis was carried out using descriptive statistics and Spearman correlation test, with a significance level of  $p \leq 0.05$ .

**Results:** Among elderly participants, there was a male predominance; the average age was of 74.8 years, and they were married. In respect of caregivers, there was a female predominance; the average age was of 44.3 years. All of the caregivers had high education level, they were married and they were sons/daughters of elderly. In accordance with *Zarit scale* assessment, 18.1% had some overburden; in respect of quality of life, dimensions with lowest score were *General health*, *Mental health*, and *Vitality*. An inverse correlation between total score of *Zarit scale* and all dimensions of quality of life was found.

**Conclusion:** A decrease of quality of life was found, due to the overburden in the elderly caring. It is therefore necessary to accompany the health status of caregivers in order to prevent physical and mental alterations.

**Descriptors:** Caregivers; Aged; Cost of Illness; Quality of Life; Geriatric Nursing (source: DECS BIREME).

## Introducción

La población a nivel mundial está envejeciendo rápidamente. En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la población mayor de 65 años en el 2007 representaba el 6,4% de la población total y en el 2016 llegó al 9,90% (1).

A medida que la persona envejece, pueden alterarse sus capacidades físicas y mentales, que la llevan a un grado de vulnerabilidad, lo cual requiere de un cuidador (2). Las personas que cuidan de otras personas tienen que responder a diferentes y determinadas tareas: a esfuerzos físicos y a tensiones que derivan del propio cuidado, así como al tiempo de la enfermedad y a la dependencia física del adulto mayor que puede generar un desequilibrio en la vida personal y en el entorno. Esto conlleva a cambios en el ámbito familiar, laboral y social, que afecta la calidad de vida del cuidador (3).

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la Calidad de Vida (CV) como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, valores e intereses” (4). La CV puede estar influenciada positiva o negativamente por el entorno, la cultura, la escala de valores, y por aspectos como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos (5).

Los cuidadores pueden enfrentar estrés inmediato, que en la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que interfiere en la asistencia y el cuidado adecuado al adulto mayor. Pueden sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales que impiden la realización de su labor y pueden empeorar su calidad de vida.

Bajo la perspectiva anterior, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la sobrecarga de trabajo y la calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría.

## Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado en el cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría de un hospital de nivel IV, en la ciudad de Lima, Perú. El hospital brinda atenciones médicas y quirúrgicas a pacientes con enfermedades complejas y con necesidad de cuidados especializados. Por su parte, el consultorio de geriatría ofrece una atención integral en salud y cuidado a los adultos mayores con el fin de mejorar su calidad de vida y reintegrarlos a sus actividades rutinarias, deterioradas como consecuencia de algún problema de salud.

Para participar en el estudio, los criterios de inclusión para los adultos mayores fueron tener edad igual o superior a 60 años y ser de ambos sexos. Para el cuidador, los criterios de inclusión fueron tener más de 18 años, ser de ambos sexos y ser considerado cuidador principal.

El cuidador principal del adulto mayor es definido como la persona que tiene la total o mayor responsabilidad de los cuidados prestados al adulto mayor dependiente en el domicilio en el cual presta cuidado en las diferentes actividades cotidianas, como vestirse, alimentarse, bañarse, entre otras (6).

La muestra fue de tipo no probabilística, determinada en relación con el tiempo de la recolección de las informaciones, las cuales se recopilieron entre los meses de diciembre de 2014 y febrero de 2015. En total, participaron 183 adultos mayores con sus respectivos cuidadores principales. Luego de la invitación a participar y antes de la aplicación de los diferentes instrumentos, se brindó información a los cuidadores respecto a los objetivos del estudio y se les comunicó que se mantendría el anonimato de los datos proporcionados.

Las entrevistas fueron aplicadas por el coordinador de la investigación y por las estudiantes de enfermería de pregrado, quienes fueron capacitadas previamente para el abordaje y la aplicación de los respectivos instrumentos. Se destinaron 20 minutos del tiempo de espera de la consulta para la aplicación de los instrumentos a los adultos mayores y a sus cuidadores.

En el perfil demográfico de los adultos mayores se consideraron datos como sexo —masculino y femenino—, edad y estado civil —soltero/a, casado/a,



separado/a, viudo/a y divorciado/a—. En el perfil demográfico del cuidador se tuvieron en cuenta las variables de sexo —masculino y femenino—, edad —categorizada en los rangos 20-39, 40-49 y 60 años y más—, escolaridad —categorizada en primaria, secundaria y superior—, estado civil —soltero/a, casado/a, separado/a y viudo/a—, tipo de parentesco y días/horas de cuidado al adulto mayor.

Por su parte, la *Escala de Zarit* cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes; está validada para el español (7) y presenta una consistencia interna de 0,91 y una fiabilidad *test-retest* de 0,86. La escala consta de 22 preguntas, cada una de ellas con múltiple respuesta y la siguiente puntuación: *nunca* = 0, *rara vez* = 1, *algunas veces* = 2, *bastantes veces* = 3 y *casi siempre* = 4. La puntuación total va de 0 a 88 puntos. Para categorizar la sobrecarga, fueron considerados los puntos de corte así: no sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ).

El *Medical Outcomes Study 36-item* (SF-36) es un instrumento genérico para la evaluación de la Calidad de Vida (CV). Fue creado en los Estados Unidos y validado para el español (8), con una fiabilidad entre dos observadores de *Alfa de Crombach* de 0,70 e inter-observador de 0,80; el *test-retest* superó el 0,70. Esta escala consta de 36 preguntas, agrupadas en las siguientes ocho dimensiones: *Funcionamiento físico* (10), *Desempeño físico* (4), *Dolor corporal* (2), *Desempeño emocional* (3), *Salud mental* (5), *Vitalidad* (4), *Salud general* (5), *Funcionamiento social* (2) y una adicional denominada *Cambio de la salud en el tiempo* (1). Para cada dimensión, la respuesta a cada pregunta se codifica y recodifica, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 100, los cuales son analizados separadamente.

Para el análisis de los datos, se empleó una planilla del programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup>, en la que se hizo una doble digitación. Posteriormente, se realizó la prueba de consistencia, que, al observar algún error, se verificó en los instrumentos para su corrección. Luego, los datos fueron importados para el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, versión 22.0.

Para las variables cuantitativas, se utilizó la estadística descriptiva por medio de la medida de tendencia central —media— y de dispersión —Desviación Estándar (DE)—; para las variables categóricas se usaron las frecuencias. Para el

análisis de correlación entre la *Escala de Zarit* y las dimensiones de la CV del cuidador (SF-36), se hizo uso de la estadística analítica con la *correlación de Spearman*, con un nivel de significancia adoptado de  $p \leq 0,05$ .

El estudio fue aprobado por la institución de salud y por el Comité de Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú, teniendo en cuenta los principios éticos expresados en el Tratado de Helsinki.

## Resultados

Entre las características demográficas de los adultos mayores, se encontró que el 60,1% era de sexo masculino. La edad promedio de la muestra fue de 74,8 años (DE = 6,0) y se encontró que el 23,0% tenía entre 60 y 69, el 45,9%, entre 70 y 79 y el 31,1%, 80 años y más. En relación con el estado civil, 62,3% eran casados/as, 18,6% viudos/as, 12,6% separados/as, 4,4% solteros/as y 2,2% divorciados/as.

En relación con el perfil demográfico de los cuidadores principales, se halló un predominio del sexo femenino. Los cuidadores eran pertenecientes al grupo etario entre 20 y 39 años, la mayoría con estudios superiores, con estado civil casados/as y eran hijos/as del adulto mayor (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Perfil demográfico del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría. Lima, Perú, 2015

VARIABLES	n (%)	Promedio (= DE*)	Variación
<b>Sexo</b>			
Masculino	24 (13,1)		
Femenino	159 (86,9)		
<b>Edad</b>			
20 – 39	92 (50,3)	44,35 (15,44)	22 – 78
40 – 59	50 (27,3)		
60 y más	41 (22,4)		
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	6 (3,3)	12,64 (2,21)	3 – 16
Secundaria	42 (23,0)		
Superior	135 (73,8)		
<b>Estado civil</b>			
Soltero/a	81 (44,3)		
Casado/a	97 (53,0)		
Separado/a	4 (2,2)		

\* Desviación Estándar

Fuente: Datos de la investigación

Respecto a la evaluación de la sobrecarga de trabajo, se encontró que el 18,1% de los cuidadores presentaron algún nivel de sobrecarga —leve o intensa— (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Nivel de sobrecarga de trabajo del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría. Lima, Perú, 2015

Nivel de sobrecarga	Media (=DE*)	Mín-Máx	n	%
Total general	33,79 (=12,64)	[4 – 65]		
Sin sobrecarga			150	82,0
Sobrecarga leve			21	11,5
Sobrecarga intensa			12	6,5

\* Desviación Estándar

Fuente: Datos de la investigación

En cuanto a la evaluación de las dimensiones de la cv, se halló que las medias más bajas se presentaron en las dimensiones *Salud general*, *Salud mental* y *Vitalidad* (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Análisis descriptivo de las dimensiones del SF-36 del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría. Lima, Perú, 2015

Calidad de vida	Media	DE*	Mediana	Variación
Funcionamiento físico	86,85	21,53	95,0	0 – 100
Desempeño físico	67,35	41,22	100,0	0 – 100
Dolor corporal	80,05	22,57	84,0	20 – 100
Salud general	54,16	11,56	57,0	15 – 92
Vitalidad	57,78	8,21	60,0	40 – 80
Función social	68,92	15,16	75,0	25 – 100
Desempeño emocional	65,39	31,51	66,6	33,3 – 100
Salud mental	59,41	9,14	60,0	32 – 84

\*Desviación estándar

Fuente: Datos de la investigación

Con respecto al análisis de asociación, se encontró una correlación inversa entre la puntuación de la sobrecarga de trabajo y las dimensiones de la cv con significancia estadística (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Correlación entre la calidad de vida y sobrecarga de trabajo del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría. Lima, Perú, 2015

Calidad de vida	r	p
Funcionamiento físico	-0,405	< 0,001
Desempeño físico	-0,554	< 0,001
Dolor corporal	-0,547	< 0,001
Salud general	-0,457	< 0,001
Vitalidad	-0,283	< 0,001
Función social	-0,491	< 0,001
Desempeño emocional	-0,388	< 0,001
Salud mental	-0,386	< 0,001

Prueba de Correlación de Spearman  $p \leq 0,05$

Fuente: Datos de la investigación

## Discusión

Los resultados demuestran predominio de cuidadores del sexo femenino y de casados, similar a estudios internacionales (9, 10). La primera condición puede estar ligada al papel sociocultural de la mujer en la sociedad, debido a que la responsabilidad del cuidado de los hijos la hace más preparada para desempeñar ese rol, dado que el hombre suele mantenerse en la disposición de proveedor financiero de la familia. Esto confirma patrones culturales de patriarcado y machismo que se han perpetuado a lo largo de los años en la sociedad peruana y en general en los países en vías de desarrollo. Así, la mujer asume el rol de cuidadora, además de desempeñar los roles de madre, hija, esposa y trabajadora (11).

La edad promedio revelada por los cuidadores objeto de estudio fue de 44,3 años, además de poseer estudios superiores. Similar resultado fue encontrado en otra investigación (12), la cual refleja que los cuidadores son personas preparadas y que no sólo se encargan de realizar el rol de cuidar, sino también de múltiples funciones en el ámbito familiar, laboral y social. Los cuidadores suelen responsabilizarse de aspectos que satisfacen las necesidades del adulto mayor, por lo que puede ser afectada su propia satisfacción personal y profesional (10, 12).

Así mismo, en el estudio presente un poco más de la mitad de los cuidadores eran hijos/as de los adultos mayores, lo cual concuerda con lo encontrado en estudios internacionales (9, 13). En calidad de hijos, los cuidadores asumen un rol importante dentro de la familia. En la mayoría de los casos, pueden llevar a cabo la tarea de cuidador debido a que son hijos únicos y solteros, que no tienen con quien compartir esta función, pero que realizan el cuidado de forma voluntaria y con amor (14).

Los resultados presentes apuntan a que el 11,5% presentó sobrecarga *leve* y el 6,6%, sobrecarga *intensa*. Resultados diferentes fueron hallados en México, donde el 3,3% mostró sobrecarga leve y el 11,1%, sobrecarga *intensa* (15). En una investigación realizada en Chile, el 59,7% objeto de estudio presentó sobrecarga *intensa*, mientras que el 23,9%, sobrecarga *ligera* (9); en Brasil, el 8% reveló sobrecarga de *moderada a alta* (13).

La sobrecarga de trabajo en el cuidador origina cambios en las relaciones familiares, en el trabajo, en lo económico, en el tiempo libre, en el estado de salud y en el estado de ánimo. Cuando esta condición es frecuente, puede convertirse en una lucha diaria frente a la enfermedad del adulto mayor, debido a las tareas monótonas y repetitivas que pueden agotar las reservas psicofísicas de la persona, llevándola a desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia el adulto mayor (16).

La sobrecarga de trabajo puede ocasionar en el cuidador una serie de malestares físicos y mentales. Estos malestares pasan desapercibidos a causa de la responsabilidad de cuidar al adulto mayor, dejando de lado la necesidad de cuidar y conservar la propia salud del cuidador (17).

En relación con la cv, se observó que las medias más bajas derivaron de las dimensiones *Salud mental*, *Salud general* y *Vitalidad*. Estudios brasileños que utilizaron el SF-36 encontraron que, por una parte, las dimensiones afectadas en el cuidador fueron *Aspecto físico*, *Dolor* y *Vitalidad* (12) y, por otra, *Dolor*, *Desempeño emocional* y *Vitalidad* (18). Un estudio coreano, que evaluó al cuidador por medio del WHOQOL-BREF, encontró que la dimensión *Psicología* fue la más afectada (19).

Según la oms, la salud es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (20). Esto pone de manifiesto la necesidad de

identificar y tratar el desgaste acumulado del cuidador (21), para mejorar el cuidado brindado al adulto mayor.

De otro lado, la vitalidad es parte del constructo del bienestar afectivo, que es una energía percibida y emanada del propio yo, lo cual se constituye en un sentimiento de vivacidad y energía personal (22). Con el proceso de enfermedad del adulto mayor, los cuidadores comienzan a perder las diferentes estrategias de enfrentamiento, disminuyendo la vitalidad y haciéndolos pensar en que están descalificados para el cuidado (5).

Del mismo modo, la salud mental en el cuidador está relacionada con las actividades directas e indirectas vinculadas al bienestar. La persona está consciente de sus propias capacidades, enfrentando tensiones normales en su día a día (23). Es la capacidad del ser humano de situarse en relación consigo mismo, con los otros y con la vida (24). Investigadores brasileños reportaron que los cuidadores con peor salud mental pertenecen al sexo femenino, son mayores de edad, vulnerables al estrés y con mayor sobrecarga de trabajo. Por esta razón, urge la necesidad de que el personal de enfermería realice intervenciones para ayudar a la familia a proporcionar un ambiente de bienestar familiar al cuidador (25).

Al asociar la sobrecarga de trabajo con las dimensiones de la cv, se percibió en nuestra investigación una correlación inversa: un aumento de la sobrecarga de trabajo del cuidador con una disminución en la puntuación en todas las dimensiones. Resultados similares fueron encontrados en un estudio brasileño (12) y en uno chileno (5) donde fue observada una asociación entre la cv y la sobrecarga en el cuidado. Los estudios demuestran que esta asociación puede estar influenciada por la presencia de depresión (26), fragilidad y déficit cognitivo (13), aumento en el número de enfermedades crónicas y dependencia funcional del adulto mayor (15). La asociación también puede estar influenciada por las características propias del cuidador, como la escolaridad baja (10), el aumento en el número de horas (18) y el tiempo en el cuidado del adulto mayor (9).

## Conclusión

El estudio presente identificó que los cuidadores principales participantes en su mayoría eran del sexo femenino; del total de la muestra, predominaron los

casados/as, con educación superior y con un fuerte lazo de parentesco con el adulto mayor al ser los hijos encargados del cuidado. En relación con la evaluación de la sobrecarga, fueron pocos los entrevistados que presentaron sobrecarga, la cual estuvo entre *leve* o *intensa*. Así mismo, se apreció que en las dimensiones de la cv las medias más bajas estuvieron en las de *Salud general, Salud mental y Vitalidad*; además, se observó una correlación inversa entre la puntuación de la sobrecarga y las diferentes dimensiones de la cv.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca que, por su naturaleza de corte transversal y de muestra por conveniencia, no se pudieron inferir los resultados de todos los cuidadores que acudieron acompañando a los adultos mayores.

Los temas abordados en este estudio contribuyen a la comprensión del impacto que tiene la sobrecarga de trabajo del cuidador del adulto mayor, el cual trae consecuencias físicas, psicológicas y sociales, afectando la calidad de vida de esta persona. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de realizar, por parte de la enfermería, planes de cuidado con una visión de atención integral, que incluya al adulto mayor y a su cuidador, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de ambos.

## Referencias

- (1) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la población adulta mayor [informe en Internet]. Lima: Editorial INEI; 2016 [acceso: 18 dic 2016]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf)
- (2) Murakami E, Aranha VC, França CC, Benute GR, Lucia MC, Jacob Filho W. Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. *Psicol Hosp*. 2014;12(2):65-82. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200005)
- (3) Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):829-838. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>
- (4) The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1997;28(3):551-558.
- (5) Urzúa MA, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*. 2012;30(1):61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- (6) Caldas C. O idoso em processo de demência: o impacto na família. Em: Minayo MC, Coimbra Jr CE (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. pp. 51-71.
- (7) Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev [Muldiscip] Gerontol*. 1996;6(4):338-345.
- (8) Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2006;24(2):37-50. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf>
- (9) Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc y Enferm*. 2012;28(1):29-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- (10) Cardona D, Segura AM, Berbesí DY, Ordoñez J, Agudelo A. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investig Andina*. 2011;13(22):178-193. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304007>
- (11) Borghi AC, Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(4):876-883. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf)
- (12) Oliveira DC, Carvalho GS, Stella F, Higa CM, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):234-240. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a03v20n2>



- (13) Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JR, Vendruscolo TR, Fabrício-Whebe SC, Marques S *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):768-774. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500019>
- (14) Augusto FM, Silva IP, Ventura MM. Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. *Rev Kairós Gerontol.* 2009;12(2):103-118. <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/4417/2989>
- (15) Rodríguez-Medina RM, Landeros-Pérez ME. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enferm Univ.* 2014;11(3):87-93. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000300003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000300003)
- (16) Ruiz AE, Nava MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol.* 2012;11(3):163-169.
- (17) Martínez FE. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto socio-cultural "Quisicubá". Los Sitios, Centro Habana. *Enferm Glob.* 2012;11(25):92-103. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143101/128401>
- (18) Oliveira GR, Neto JF, Camargo SM, Lucchetti AL, Espinha DC, Lucchetti G. Caregiving across the lifespan: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Psychogeriatrics.* 2015;15(2):123-132. DOI: 10.1111/psyg.12087
- (19) Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(4):376-382. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.01.004
- (20) World Health Organization (WHO) [web site]. Geneva: World Health Organization (WHO); 1948 [update: 2015 Nov 25; access: 2015 Nov 25]. Frequently asked questions: what is the WHO definition of health? [about 3 screens]. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- (21) Gonçalves LT, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(2):315-325. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000200011>
- (22) Ryan RM, Frederick C. On energy, personality and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *J Pers.* 1997;65(3):529-565. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x
- (23) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007 [actualizada: 20 nov 2015; acceso: 20 nov 2015]. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- (24) Milheiro J. Ambiente e saúde mental. Em: Archer L, Biscaia J, Osswald W, Renaud M (Eds.). *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora; 2001.
- (25) André SM, Nunes MM, Martins MM, Rodrigues VM. Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Rev Enf Ref.* 2013;3(11):85-94. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1297>



# O olhar da pessoa idosa sobre a solidão

## La mirada del adulto mayor sobre la soledad

### The elderly's look about loneliness

---

• Karla Fonseca Cavalcanti<sup>1</sup> • Jogilmira Macêdo Silva Mendes<sup>2</sup> • Fabiana Ferraz Queiroga Freitas<sup>3</sup> • Kaisy Pereira Martins<sup>4</sup> • Raquel Janyne de Lima<sup>5</sup> • Patrícia Kelly Guedes Macêdo<sup>6</sup>

---

•1• Enfermeira Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Brasil.

•2• Mestre em Enfermagem Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Paraíba, Brasil.

•3• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Docente da Universidade Federal de Campina Grande de Paraíba, Brasil.

•4• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

•5• Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

•6• Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência e UTI, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, Brasil.

---

Recibido: 22/09/2016 Aprobado: 25/12/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.60248

---



## Resumo

**Objetivo:** Identificar os fatores que influenciam a solidão das pessoas idosas.

**Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, realizada com 94 idosos conforme a Res. do CNS 466/12. Foi utilizado um formulário dividido em duas partes: a primeira continha os dados de caracterização sociodemográfica; a segunda estava composta por questões pertinentes à temática do estudo.

**Resultados:** A maioria dos participantes do estudo possuía entre 70 e 79 anos de idade (52,13%) e estava composta por mulheres (87,23%), destacando-se o analfabetismo (42,55%). Verificou-se que 78,73% moravam com seus familiares; 55,32% referiram não sentir-se só; e 79,79% não moravam sozinhos. Um número significativo dos idosos da pesquisa (75,53%) não se sentiu excluído da sociedade e apenas 15,96% têm sentimento solitário.

**Conclusão:** Os dados apresentados mostram que é fundamental a elaboração de grupos de convivência para idosos, pois estas atividades favorecem o bem estar físico, psíquico e social, fazendo-os esquecerem dos possíveis momentos de solidão.

*Descritores:* Idoso; Solidão; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la soledad de los adultos mayores.

**Metodología:** Estudio descriptivo y cuantitativo, llevado a cabo con 94 adultos mayores según Res. CNS 466/12. Se utilizó un formulario dividido en dos partes: la primera contenía los datos sociodemográficos; la segunda estaba compuesta de temas relevantes al objeto de estudio.

**Resultados:** La mayoría de los sujetos de la muestra tenía entre 70 y 79 años (52,13%) y estaba compuesta por mujeres (87,23%); se destacó el nivel de alfabetización (42,55%). Se encontró que el 78,73% vivían con sus familias; el 55,32% señalaron no sentirse solos; y el 79,79% no vivían solos. Un número significativo de los adultos mayores objeto del estudio (75,53%) no se sentían excluidos de la sociedad y sólo el 15,96% mostró sentimientos de soledad.

**Conclusión:** Los datos presentados evidencian que es necesario crear grupos de convivencia para adultos mayores, ya que estas actividades promueven el bienestar físico, mental y social, haciendo olvidar los posibles momentos de soledad.

*Descriptores:* Anciano; Soledad; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To identify the factors that sway the loneliness of the elderly.

**Methodology:** Descriptive and quantitative research carried out with 94 elderly people under Res. CNS 466/12. A form was used, divided into two parts: the first one contained sociodemographic data; the second one consisted of significant issues of the subject matter.

**Results:** Most subjects in the sample were between 70 and 79 years old (52.13%); it consisted of women (87.23%), standing the illiteracy out (42.55%). It is found that 78.73% of them lived with their families; 55.32% reported not feeling alone and 79.79% did not live alone. A significant number of elderly from this study (75.53%) did not feel excluded from society; only 15.96% has lonely feeling.

**Conclusion:** The data resulting shows that it is fundamental to create living groups for elderly, inasmuch as these activities promote the physical, mental and socialwell-being, making them forget possible moments of solitude.

*Descriptors:* Aged; Loneliness; Nursing (source: DECS BIREME).

## Introdução

Envelhecer é um desafio que afeta atualmente a população dos países de primeiro e terceiro mundos. Avalia-se que, mensalmente, um considerável número de indivíduos tornam-se idosos em vários países. O envelhecimento da população brasileira é evidente e repercute no acréscimo de pessoas idosas na sociedade numa velocidade inquietante. A maioria dos países desenvolvidos vivenciou o envelhecimento de forma prolongada. Contudo, as estimativas indicam que no Brasil o número de idosos irá aumentar consideravelmente nos próximos anos, chegando a quase 65 milhões de pessoas idosas (1).

Presentemente, observa-se que muitos idosos lidam com esta situação e até fazem da terceira idade a melhor fase de suas vidas: saem para dançar, viajam e fazem atividades físicas e em grupos, não dando espaço à solidão. Todavia, boa parte dos idosos não consegue superar determinadas circunstâncias devido às mudanças do próprio corpo e de sentimentos de inutilidade, seguindo para o isolamento de seu ciclo social.

O envelhecimento ocasiona diversas transformações na vida do indivíduo (de ordem biopsicossocial) e de seus familiares, com o surgimento de novos direitos e perda de outros (2). Conseqüentemente, diversos problemas físicos, psíquicos e sociais podem contribuir para o surgimento dos sentimentos de solidão (3).

A solidão é um sentimento de algo vazio e de isolamento que se pode manifestar em todas as fases da vida, principalmente na velhice, mesmo que o idoso conviva com várias pessoas. Assim, a participação de pessoas idosas em grupos de convivência não significa, necessariamente, ausência de solidão. Essa solidão, dentre suas inúmeras conseqüências, estão a depressão, o comprometimento na qualidade de vida da pessoa e até mesmo o suicídio (4, 5). Este sentimento penoso e angustiante, geralmente, pode ser observado como traço de personalidade. O ser solitário mostra história frequente e intensa de solidão, que pode ser vista enquanto estado psicológico. As pessoas vivenciam solidão durante diferentes períodos de tempo nos momentos de sua vida. Desta forma, o

ser humano pode ter momentos de solidão, pode ser uma pessoa só ou pode sentir-se sozinha, mesmo que esteja em um ambiente com outros indivíduos, sentindo que lhe falta algo, a exemplo do carinho e atenção (6, 7).

Capitanini (8) comenta que existe a concepção de estar sozinho e ser sozinho durante o processo de envelhecimento. “Estar só” refere-se a um momento de solidão, que não é vivenciado com tanta frequência. Já o “ser só” remete a um indivíduo que vivencia a solidão de forma constante. Um momento de solidão pode representar uma alternativa para o encontro de novas pessoas, do surgimento de novos relacionamentos. Já outros indivíduos preferem permanecer neste momento de solidão, já que o surgimento de novas relações pode resultar, futuramente, em uma possível separação, com mais momentos de solidão.

Os profissionais que prestam assistência aos idosos necessitam perceber a maneira que os mesmos se comunicam, já que a solidão pode ser percebida não só pela comunicação verbal, mas também pela não verbal, a exemplo de expressões faciais, gestos, comportamento, queixas físicas e inclusive, tentativas de suicídio (7).

Nesta perspectiva, e partindo do princípio de que a enfermagem caracteriza-se pelo cuidado ao ser humano, percebeu-se a necessidade de realizar este estudo, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca da solidão na terceira idade e contribuir para uma maior conscientização perante a família e a sociedade na garantia do bem estar e convívio social da pessoa idosa.

Destarte, a realização desta pesquisa traz contribuições tanto para a assistência quanto para o ensino e a pesquisa. No âmbito da assistência, a pertinência deste estudo ancora-se, entre outros aspectos, no significado das informações advindas dos idosos no intuito de motivar os profissionais de saúde a intervirem de maneira que possam promover resultados positivos para o cuidado prestado a esta população. Assim, este estudo objetivou identificar os fatores que influenciam a solidão das pessoas na terceira idade.

## Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em um grupo de convivência que desenvolvia atividades de educação

em saúde e lazer com pessoas idosas no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A amostra foi calculada considerando um total de 150 idosos que participavam no grupo de convivência, com intervalo de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ , que fornece  $Z_{0,05/2} = 1,96$ ), prevalência estimada de 50% ( $p = 0,50$ ) e margem de erro de 5% (erro = 0,05). Assim, o tamanho da amostra mínima foi de 109 pessoas idosas. Porém, apenas 94 indivíduos concordaram em participar do estudo. Como critérios de inclusão foram utilizados os seguintes parâmetros: ser idoso —ou seja: possuir mais de 60 anos de idade— e estar participando do grupo de convivência.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário, dividido em duas partes: a primeira continha os dados de caracterização sociodemográfica; a segunda estava composta por questões pertinentes à temática do estudo, por exemplo: *Você se sente sozinho?* e *Quando está sozinho, qual o seu pensamento?* Este instrumento baseou-se na literatura atual (4, 6, 7) e foi validado por três professoras mestres em enfermagem da instituição de origem, já que as mesmas atuam na área de envelhecimento.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2014, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACE NE\FAMENE, sob número de protocolo 21/14 e CAE 29754914.1.0000.5179. Durante a análise, os dados foram agregados a uma planilha do *Microsoft Excel® 2007* e apresentados em forma de gráficos e tabelas. Posteriormente, foram analisados segundo a literatura pertinente ao tema.

A pesquisa ocorreu considerando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde no tocante aos aspectos éticos que retrata o envolvimento de seres humanos em pesquisas (9).

## Resultados e Discussão

Dos 94 idosos entrevistados, 82 eram mulheres (87,23%) e apenas 12 eram homens (12,76%). Este dado confirma que a maioria dos idosos participantes é do sexo feminino, assim como evidenciado em outros grupos (6, 7). Em relação à idade, 43,61% ( $n = 41$ ) apresentaram faixa etária entre 60 e 69 anos; 52,13% ( $n = 49$ ) tinham idade entre 70 e 79 anos; e 4,26% ( $n = 4$ ), idade entre 80 e 89 anos.

De acordo com o grau de escolaridade dos idosos, a maior proporção era de escolaridade básica (4º ano) com 51,06% ( $n = 48$ ) da amostra, seguido do analfabetismo com 42,55% ( $n = 40$ ), de nove anos de estudo 4,26% ( $n = 4$ ), e de doze anos de estudo, com 2,13% ( $n = 2$ ). Salienta-se que a escolaridade influencia a vida das pessoas, comprometendo o nível de entendimento dos indivíduos, e limita o acesso de informações veiculadas pela comunicação escrita e até mesmo verbal.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra ( $n = 94$ ) segundo o questionamento *Com quem reside?* João Pessoa, PB, 2014.

Dados	f	%
Esposa	08	08,51
Sozinho	19	20,21
Filho	21	22,34
Marido	16	17,02
Neto	02	02,13
Amigos	01	01,06
Marido e neto	05	05,32
Marido e filho	08	08,51
Esposa e filho	02	02,13
Filho e neto	04	04,27
Companheiro e neto	01	01,06
Companheiro e filho	01	01,06
Marido, filho e neto	05	05,32
Filho, neto e genro	01	01,06
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 1, em relação ao questionamento *Com quem reside?*, destaca-se que 22,34% ( $n = 21$ ) dos idosos entrevistados moravam com seus filhos, seguido de 20,21% ( $n = 19$ ) que moravam sozinhos e 17,02% ( $n = 16$ ) que moravam com o cônjuge. É necessário ter em vista que a maioria dos idosos entrevistados 78,73% ( $n = 74$ ) morava com seus familiares.

A família é considerada o habitat natural do indivíduo, pois é nela que as características de cada um pode se apresentar de forma condizente

com a personalidade de cada pessoa. Ao chegar à velhice, muitas limitações próprias dessa fase da vida emergem, podendo a família ser um dos apoios principais a quem o idoso tem confiança e que receberá os cuidados necessários (10). Percebe-se assim a convivência multigeracional destes idosos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Entretanto, diante do novo contexto social, percebem-se vários desfalques nessa estrutura, onde muitas vezes o idoso é abandonado, estigmatizado, discriminado, vivendo a mercê de sua própria sorte. Do total das respostas, 79,79% ( $n = 75$ ) demonstraram que os idosos não moravam sozinhos, enquanto uma pequena porcentagem de 20,21% ( $n=19$ ) demonstrou que moravam sós.

O processo do envelhecimento dentro do ambiente familiar gira em torno da dificuldade de adaptação às mudanças que a terceira idade traz. É preciso, por parte de familiares de um idoso, a compreensão de fatores e mudanças físicas e psicológicas próprias do envelhecer, visando proporcionar-lhe um envelhecimento físico e mental saudável (11).

**Tabela 2.** Distribuição da amostra ( $n = 94$ ) segundo o questionamento *Você se sente sozinho (a)?* João Pessoa, PB, 2014

Dados	f	%
Sim	21	22,34
Não	52	55,32
Algumas vezes	21	22,34
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

Conforme observado na Tabela 2, ao realizar o questionamento *Você se sente sozinho (a)?*, a maioria dos participantes, 55,32% ( $n = 52$ ), responderam que *não*. É importante salientar que tratam-se de idosos que participavam num grupo de convivência com encontros semanais, proporcionando-lhes uma rede de apoio social fundamental para uma velhice bem sucedida, o que pode justificar a resposta positiva a este questionamento. Entretanto, vale salientar que a participação no grupo não constitui, isoladamente, fator de proteção, já

que a solidão é um sentimento e, embora o idoso conviva com várias pessoas, ele ainda assim pode sentir-se só.

Em estudos consultados (12, 13), os idosos investigados associaram a velhice à solidão e à tristeza, principalmente pelo medo do abandono ou por viverem sozinhos. A ideia de solidão, juntamente com incapacidade e inatividade, é central nas suas concepções compartilhadas sobre o envelhecimento. Esses sentimentos ampliam o risco de necessitarem de suporte técnico assistencial nesta fase de suas vidas.

Os grupos de convivência são ambientes ideais para os idosos exercerem o controle social, relacionarem-se uns com os outros, criando novas amizades, e se divertirem. Isto contribui para o desenvolvimento do idoso enquanto cidadão e ser humano, com fortalecimento da sua autoestima e de outras potencialidades que, muitas vezes, não são percebidas pela família (14).

As Terapias Comunitárias (TC) são relevantes nas ações de saúde voltadas ao processo de envelhecimento. Uma pesquisa demonstrou que os idosos com queixas negativas, como sentimentos de solidão e desânimo, ao entrarem na TC, adquiriram mais sentimentos positivos e um melhor enfrentamento da vida e de condições adversas da saúde (15). Outra pesquisa comentou a importância de atividades realizadas em grupos de convivência para o melhor controle de condições patológicas e melhoria do bem estar psicossocial dos clientes (16).

No entanto, faz-se necessário observar que, se somarmos o número de idosos que referiram sentir-se sozinhos com o número de idosos que referiram sentir-se sozinhos *algumas vezes*, podemos considerar que 44,68% ( $n = 42$ ), quase a metade da amostra, sentiam-se sozinhos permanentemente ou em algum momento da vida, apesar de ser observado que a maioria dos idosos entrevistados nesse estudo 79,79% ( $n = 75$ ) não moravam sozinhos. Neste sentido, pode-se afirmar que uma grande parcela dos idosos pesquisados sentiam-se sozinhos, apesar de viverem com suas famílias/cônjuges.

A família, desde os primeiros anos de vida, serve como alicerce para o desenvolvimento da nossa personalidade. Com o decorrer dos anos, ao lado dos familiares são compartilhados vivências, sucessos e fracassos, o que faz com que a família



seja entendida como fonte de apoio e suporte (11). Neste contexto, o ambiente familiar representa a principal fonte de apoio social ofertado aos idosos, porém, por ser caracterizado um fornecimento de apoio obrigatório, pode existir comprometimento na vida e na saúde das pessoas idosas, que se veem como uma barreira na vida de seus familiares (17).

Torna-se importante destacar ainda que existem situações que o idoso pode sentir-se só devido a falhas na sua interrelação com outras pessoas, sejam do ambiente familiar ou social. Logo, mesmo em situações de convívio familiar permanente, o idoso ainda pode sentir-se sozinho (8).

Cabe salientar que a sociedade pode contribuir positivamente para o processo de envelhecimento. É importante apoiar a terceira idade, devendo existir uma interação contínua com a família, para que permaneça no seu meio o maior tempo possível, estimulando favoravelmente o idoso. Assim, a finalidade é ultrapassar as barreiras da solidão que a terceira idade às vezes apresenta e que afetam os idosos da nossa sociedade, buscando cada vez mais uma melhor qualidade de vida.

Por outro lado, o envelhecer pode ocasionar sentimentos de solidão oriundos de relações sociais desajustadas, de ausência de pessoas que ofereçam apoio e de déficits de atividades prazerosas. Esta ausência apresenta-se pelo não cumprimento satisfatório das necessidades humanas que o idoso apresenta, nas suas comunidades de origem (18).

**Tabela 3.** Distribuição da amostra ( $n = 94$ ) segundo o questionamento *Sente-se excluído(a) da sociedade?* João Pessoa, PB, 2014

Dados	f	%
Sim	12	12,77
Não	71	75,53
Algumas vezes	11	11,70
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

A sociedade pode contribuir positivamente para um processo do envelhecimento saudável. Observou-se neste estudo um número significativo de pessoas idosas (75,53%) ( $n = 71$ ) que não se sentem excluídas por

ela, conforme a Tabela 3. Este fato pode ser justificado pela participação dos idosos num grupo de convivência, bem como por outros fatores, por exemplo, pelo aumento do número de pessoas idosas em várias regiões, o que contribui para uma melhor comunicação e interação entre eles.

Na atualidade, estamos vivenciando um período de reposicionamento de valores diante da situação na qual o idoso perdeu sua identidade traçada nas sociedades tradicionais. O idoso faz parte da construção histórica, devido a sua experiência de vida reconhecida. Um dos problemas que causa a exclusão social do idoso é a sua superproteção dentro da sociedade, o que o leva ao isolamento, proibindo-o de executar suas habilidades, privando-lhe de realizar atividades diárias e diminuindo assim suas oportunidades de aprender (19). Entretanto, novas estratégias estão sendo utilizadas para estimularem a reinserção do idoso na sociedade, por exemplo, atividades religiosas, de lazer, culturais e incentivo à produtividade por meio da reinserção no mercado de trabalho.

Neste sentido, reafirma-se mais uma vez por meio desta discussão, a importância da participação dos idosos em grupos de convivência, espaços estes que permitem a socialização, proporcionando-lhes a execução de atividades, desenvolvimento de habilidades e aquisição de novos conhecimentos. Cabe ter em vista que uma vida ativa baseada no entretenimento e na comunicação pode evitar no idoso a depressão, o aparecimento de doenças físicas e mentais, além da carência afetiva e emocional (20).

**Tabela 4.** Distribuição da amostra ( $n = 94$ ) segundo o questionamento *Quando participa de atividade em grupo, interage facilmente?* João Pessoa, PB, 2014

Dados	f	%
Sim	84	89,36
Não	02	02,13
Algumas vezes	08	08,51
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

No tocante a Tabela 4, em relação ao interagir com facilidade com o grupo, a maioria dos idosos, 89,36% ( $n = 84$ ), respondeu que sim. Percebe-se que

os idosos interagem muito bem quando participam em atividades, onde pode observar-se que essa interação é indispensável para o processo de envelhecimento saudável, pois transmite o apoio necessário por meio do amor, carinho e dedicação que lhes são dados. Essa valorização afetiva e social permanece até hoje no consciente ou subconsciente da maioria das pessoas idosas.

Vale destacar que o apoio social ofertado às pessoas idosas constitui fator indispensável para a melhoria da qualidade de vida delas, já que baixos níveis de apoio estão relacionados à baixa qualidade de vida (21). A participação de atividades em grupo torna-se imprescindível para a população idosa, afastando cada vez mais a solidão, fato que pode ser constatado neste estudo. Verificou-se que a maioria dos entrevistados interagiu facilmente com o grupo, a partir do qual se observam mudanças favoráveis, buscando cada vez mais uma melhor qualidade de vida. Nesta perspectiva, a importância das atividades realizadas nos grupos da terceira idade é fundamental, uma vez que elas promovem ações que levam à promoção da saúde física, social e mental (22).

Embora as instituições de longa permanência amparem os idosos, assegurando as mínimas condições de moradia, cuidados de saúde e condições de higiene e alimentação, o processo de institucionalização provoca mudanças no padrão do idoso, assunto que recebe destaque na discussão sobre envelhecimento. Idosos institucionalizados apresentam baixa qualidade de vida, principalmente aqueles que vivem em instituições que não ofertam atividades de lazer, e essa qualidade de vida é muito pior quando comparada à dos idosos que não residem em instituições (23, 24).

**Tabela 5.** Distribuição da amostra ( $n = 94$ ) segundo o questionamento *Quando está sozinho(a), qual seu pensamento?* João Pessoa, PB, 2014

Dados	f	%
Abandono	03	03,19
Solitário	15	15,96
Paz	54	57,45
Outros*	19	20,21
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

\*Outros: suicídio, tristeza, agonia.

**Fonte:** Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 5, observa-se que a maioria dos idosos da amostra, 57,45% ( $n = 54$ ), respondeu que a paz está em primeiro lugar como pensamento quando se está só. Os dados revelados no presente estudo são corroborados por outra pesquisa, na qual se afirma que a solidão é um momento benéfico e importante na vida de alguns idosos, já que eles podem refletir sobre sua condição de ser, os seus propósitos e suas atitudes (25).

## Conclusão

Os resultados desta pesquisa demonstram que a maioria da população idosa entrevistada pertencia ao sexo feminino (87,23%) e à faixa etária de 70 a 79 anos (52,13%); morava com familiares (78,73%); tinha pouca instrução —escolaridade básica, 51,06%—; não se sentia sozinha (55,32%); não se sentia excluída da sociedade (75,53%); interagiu facilmente com o grupo de convivência (89,36%); e apresentava a paz como pensamento principal quando estava sozinha (57,45%).

Faz-se necessário estimular medidas que possibilitem a interação desses indivíduos com a sociedade, a partir da participação em grupos de convivência da terceira idade ou qualquer atividade grupal que permita a socialização, desenvolvimento de habilidades e momentos de lazer. Além disso, observa-se a importância de estimular o elo dos idosos com a família, que constitui base fundamental para o estabelecimento de uma melhor qualidade de vida.

A enfermagem, que possui como essência o cuidado ao indivíduo, necessita estar atenta a sinais de solidão que caracterizem consequências negativas na vida das pessoas idosas para assim intervir precoce e eficazmente, com o intuito de prevenir e amenizar este sentimento, e melhorar a qualidade de vida das mesmas.

## Referências

- (1) Gragnolati M, Jorgensen OH, Rocha R, Fruttero A. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: Banco Mundial LAC; 2011.

- (2) República do Brasil, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Política estadual da saúde da pessoa idosa. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; 2010.
- (3) Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Early-life circumstances and later-life loneliness in Ireland. *Gerontologist*. 2014;54(5):773-783.
- (4) Lopes RE, Lopes MT, Camara VD. Entendendo a solidão do idoso. *RBCEH [periódico na Internet]* 2009 [acesso: 2014 mai 22];6(3):373-381. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/362/818>
- (5) Minayo MC, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública [periódico na Internet]* 2010 [acesso: 2014 mai 22];44(4):750-757. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>
- (6) Neto F. *Psicologia Social*. Vol. 3. Lisboa: Universidade Aberta; 2000.
- (7) Azeredo ZA, Afonso MA. Solidão na perspectiva do idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol [periódico na Internet]*. 2016 [acesso: 2016 ago 19];19(2):313-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n2/1809-9823-rbgg-19-02-00313.pdf>
- (8) Capitanini ME. Solidão na velhice: realidade ou mito? Em: Neri AL, Freire SA (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus; 2000. pp. 69-80.
- (9) República Federativa do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *DOU* nº 12 (13/06/2013).
- (10) Machado HV. Reflexões sobre concepções de famílias e empresas familiares. *Psicol Estud [periódico na Internet]*. 2005 [acesso: 2014 ago 22];10(2):317-323. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122083019>
- (11) Teixeira F. *O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda*. Campinas: Unicamp, São Paulo; 2010.
- (12) Meneses DL, Silva Júnior FJ, Melo HS, Silva JC, Luz VL, Figueiredo ML. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enferm Foco [periódico na Internet]*. 2013 [acesso: 2014 mai 25];4(1):15-18. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495/185>
- (13) Camargo BV, Contarello A, Wachelke JF, Morais DX, Piccolo C. Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Psicol Pesq [periódico na Internet]*. 2014 [acesso: 2015 jan 11];8(2):179-188. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psiquesq/v8n2/07.pdf>
- (14) Araújo LF, Coutinho MP, Carvalho VA. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicol Cienc Prof [periódico na Internet]*. 2005 [acesso: 2014 mai 22];25(1):118-131. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000100010>
- (15) Vieira AG, Morais ML, Bastos S. Terapia comunitária: inovação na Atenção Básica em Saúde. *Bol Inst Saúde*. 2008;45:17-20.
- (16) Irigaray TQ, Schneider RH. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade. *Estud Psicol [periódico na Internet]*. 2008 [acesso: 2014 mai 23];25(4):517-525. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a06v25n4.pdf>
- (17) Paúl C. A construção de um modelo de envelhecimento humano. Em: Paúl C, Fonseca A (Coords.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005. pp. 21-41.
- (18) Grubba MR, Silva AL. Acolhimento e respeito à autonomia da pessoa idosa nas instituições de saúde. *Bol Inst Saúde [periódico na Internet]*. 2009 [acesso: 2014 mai 22];(47):65-68. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a16\\_bisn47.pdf](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a16_bisn47.pdf)
- (19) Monteiro PP. *Envelhecer: Histórias, encontros, transformações*. 3ª ed. Belo Horizonte: Autentica; 2009.
- (20) Guidetti AA, Pereira AS. A importância da comunicação na socialização dos idosos. *Revista de Educação*. 2008;11(11):119-136.

(21) Freitas PC. Solidão em idosos: percepção em função da rede social [dissertação de mestrado na Internet]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2011 [acesso: 2014 mai 25]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8364>

(22) Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Rev Bras Geriatr Gerontol [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2014 mai 25];13(2):225-233. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200007>

(23) Almeida AJ, Rodrigues VM. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 2014 mai 25];16(6):1025-1031. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_14.pdf)

(24) Freitas MA, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2014 mai 25];13(3):395-401. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a06v13n3.pdf>

(25) Pedrozo SK, Portella MR. Solidão na velhice: algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. Bol Saúde [periódico na Internet]. 2003 [acesso: 2014 mai 25];17(2):171-183. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1262/solidao-na-velhice:-algumas-reflexoes-a-partir-da-compreensao-de-um-grupo-de-idosos>

# 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 es 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 aquellos 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 a 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*. Los 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 la 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, equipos 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](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](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\\_SSV01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSV01a_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](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](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](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 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.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm>

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 autores, 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:

- Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad: los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta manifestando que los materiales para publicación son inéditos, es decir, originales, y que ceden todos los derechos patrimoniales del artículo a la Universidad Nacional de Colombia. Para esto, deben diligenciar los formatos en la lista de comprobación para la preparación de envíos, haciendo click en el siguiente enlace: [www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines).
- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni 25 páginas (7 000 palabras ni 30 páginas si es artículo de revisión) 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, Metodología, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y 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/E/homepagee.htm>

**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.

## 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](http://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 del artículo. Título abreviado de la revista. Año; volumen (número); página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después de éstos la abreviatura *et al.*
- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del capítulo. Título del capítulo. La palabra "En": director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) : 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. La palabra "En": título oficial del congreso, simposio o seminario. Lugar de publicación: (ciudad) editorial; año. Página inicial-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 (abreviado) 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]. Edición (excepto la primera). Lugar de publicación (ciudad): Editorial; fecha de publicación [día mes (abreviado) año de última actualización; día mes (abreviado) año de consulta]. "Disponible en: (URL o DOI)"
- *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: (ciudad) editorial; año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre/número del boletín oficial. 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/doctorado]. Lugar de publicación (ciudad): editorial (institución); año.
- *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.

# Política editorial

## Ética na publicação científica

A revista *Avances 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 reúnem 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 pagos 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 reúnem 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) A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
  - b) 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*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser:
  - a) *Diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
  - b) *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:
  - a) Algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
  - b) 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 parafraseio.



- 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 a primeira 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 recopilação, 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.
- 8.7. 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. 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.

- 8.11. 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 aceitados.

## 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.

- . “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](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](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](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## 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.

## 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](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](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](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_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 aspectos relativos ao processo:

## Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

**1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica.** Documento original que apresenta detalhadamente 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 aportes particulares da publicação.

## Crítérios 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.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm>

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone e e-mail vigente. 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 de la 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 de la 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 (5) 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 seus dados no 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:

- Certificados de Atribuição de Direitos e Originalidade: os artigos deverão ser enviados com um curriculum vitae dos autores e uma carta afirmando que os materiais são inéditos, quer dizer, originais, e



que cedem todos os direitos patrimoniais do artigo à Universidad Nacional de Colombia. Para isso devem preencher os formatos na lista de verificação para a preparação de envios, no seguinte enlace: [www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines).

- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas (7 000 palavras e 30 páginas se for artigo de revisão) tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos quatro 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, Metodologia, Resultados e Conclusões. Para artigos de revisão, reflexões e traduções, o resumo deve incluir objetivos, uma síntese do conteúdo 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.

## 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, as 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 as 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 Comitê 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

De acordo com os requerimentos de indexação acerca da vigência e qualidade da bibliografia, na lista de referências só se aceitará 20% da denominada "Literatura Cinza" (livros, capítulos de livros, teses, dissertações, memorias, guias, informes, reportes, manuais, dados estatísticos, leis, autocitações, citações de outras citações etc.), é dizer: todas aquelas referências que não sejam de artigos de pesquisa publicados

em revistas indexadas. Outrossim, é necessário que as referências de revistas indexadas sejam de artigos de não mais de 5 anos de publicação. O manuscrito enviado deverá ter o número mínimo de referências exigido pela revista, conforme a seção (tipo de artigo) na que esteja incluído. A Equipe de Redação fará um exaustivo seguimento desses requerimentos, resultado que determinará se o manuscrito continua o processo, se é necessário realizar ajustes de referências ou inclusive, se deve ser rejeitado.

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. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número); página inicial-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 (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em": sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico [periódico na Internet]. Ano [dia mês (abreviado) ano de consulta]; volume(número); página inicial-final. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Livro ou monografia on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet]. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação [dia mês ano da última atualização; dia mês ano de consulta]. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Material audiovisual*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, disco, segundo o caso) Edição. Local de edição (cidade): editora; ano.
- *Documentos legais*: Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome/número do diário oficial, data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado/doutorado]. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Material inédito*: refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais dos 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:
- The causes justifying the addition or suppression, or the rearrangement of the authors' names.
  - 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 or potential.
- 4.2. The more evident conflicts of interests are associated with financial relationships, which may be:
- Direct*: employment, stocks ownership, scholarships and patents.
  - 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:
- Any kind of personal interest in investigation's results.

- 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-multicentre 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:
- Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
  - 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.
- 8.7. 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. 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.

- 8.11. 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.
- . “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](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](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](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## 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](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](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](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>.

## 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.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm>

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 researchers 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 responsible 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:

— Certifications of Transfer of Rights and Originality: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials are unpublished and that authors transfer copyrights of their articles to Universidad Nacional de Colombia. A curriculum vitae must be attached by authors. Click here to download formats, in the Submission Preparation Checklist: [www.revistas.unal.edu.co/index.php/av-enferm/about/submissions#authorGuidelines](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/av-enferm/about/submissions#authorGuidelines).

— Document shall not exceed 5 000 words neither 25 letter-size pages (7 000 words neither 30 pages, if it is literature review article). 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 describe 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; it 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 Objective, Methodology, Results and Conclusions. For review articles, reflections, translations, the abstract should 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/l/homepagei.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 should have a final section in which the sponsor is mentioned.

## 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

According to the requirements of indexing in respect of validity period and quality of the bibliography, in reference list a 20% of the so-called "Grey Literature" will be accepted only (books, book chapters, master/doctoral theses, dissertations, reports, guides, manuals, statistics, laws, self-citations, citations from other citations, etc.), in other words, all of the references that do not come from research/original articles published in indexed journals. It is also necessary for the references of indexed journals to come from articles that they bear a publication date



not more than five years. The manuscript submitted must have the minimum number of references required by the journal, in accordance with section submission (type of article) that it has been included. The Editorial Team will carry out a comprehensive monitoring of those requirements, whose result will determine whether the manuscript continues process, if it requires references adjustments or even if it must be rejected.

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*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of article. International title abbreviation of the journal. Year;volume(issue): first-last page. When the article has more than six authors, the abbreviation *et al.* shall be written after the sixth authors name.
- *Books and monographs*: Surname, and two initials of the names of autor/s. Title of book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Chapter of book*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. Word "In": Director/Coordinator/Editor/Compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication. First-last page of the chapter.
- *Presentations*: Surname and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. Word "In": official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication (city): publisher; year. First page-last page of the paper.
- *Online journal article*: Surname and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article. International title abbreviation of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(issue):first page-last page. "Available from (URL/DOI):"
- *Book or monograph online*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title [document on the Internet]. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication [date of last update; date of consultation]. "Available from (URL/DOI):"
- *Audio-visual material*: Surname and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, disk, as the case may be). Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *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*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master/doctoral thesis]. Place of publication (city): publisher (institution); year of publication.

*Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Surname and two initials of the names of the authors. Title. Name of publication. "In press". Date.

